Rok XXXIV. Kraków 16. Lutego 1895 r. Nr. 7.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

**Redakcya:**
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8.
Telefonu Nr. 108.

**Administracya:**
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

**Ekspedycya miejscowa:**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

**Ogłoszenia**
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 31. rue des Saints Pères.

**Przedpłatę**
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 190. Broome Streets.

**Rękopisy**
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

**Jeden numer**
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | w Austryi | w Król. Polskiem i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | 8 złr. 80 ct. | 6 rsr. | 14 mk. | 24 fr. |
| Półrocznie: | 4 „ 40 „ | 3 „ | 7 „ | 12 „ |
| Kwartalnie: | 2 „ 20 „ | $1^1/_2$ „ | $3^1/_2$ „ | 6 „ |




## I. O jednej dotąd nieuwzględnionej przyczynie bocznego skrzywienia kręgosłupa.

Podał

Dr. E. Rościszewski.

Jak wiadomo, podano w celu wytłómaczenia przyczyny powstawania bocznego skrzywienia kręgosłupa kilka teoryj, z których żadna nie da się uogólnić, żadna nie tłómaczy wszystkich jego postaci i objawów. Przeszłoby to cel i zakres niniejszej pracy, gdybym chciał przechodzić wszystkie, chcę tylko zwrócić uwagę na jedną przyczynę, usposabiającą do powstania skoliozy, dotąd zupełnie nieuwzględnioną.

Najczęstszą formą skoliozy nawykowej jest, jak wiadomo, skolioza esowata z wygięciem kręgosłupa w części lędźwiowej ku stronie lewej, w części zaś piersiowej ku stronie prawej.

W celu wytłómaczenia powstania tej skoliozy przytaczają zwykle złe siedzenie w szkole i inne tym podobne czynniki. Zdarzają się jednakowoż przypadki, w których można wykluczyć wszystkie inne przyczyny skoliozy jak krzywicę i t. d., w których od pierwszego dzieciństwa najściślej uważano na higienę pod każdym względem tak, że usunięto wszelkie przyczyny, mogące wpływać na skrzywienie kręgosłupa a pomimo tego skolioza występuje i to najczęściej wyżej wspomniana jej forma.

Przyczyna w tych przypadkach musi tkwić w samym organizmie i to albo w kręgosłupie, jego więzadłach i mięśniach, albo też w pochyłem ustawieniu miednicy. Na tę ostatnią przyczynę chcę właśnie zwrócić uwagę.

Prawidłowo zbudowana miednica może tylko wtenczas stać pochyło, jeźli kończyny dolne są nierówno długie. Nierówność zaś ich może być albo anatomiczną, to jest zależeć od różnicy w długości kości w skład ich wchodzących, lub nieprawidłowego ich ustawienia w stawach, szczególniej biodrowym, lub też przy zupełnej równości anatomicznej tudzież prawidłowych stawach, może wystąpić różnica długości czynnościowa, to jest kończyny zupełnie równe i prawidłowe będą nierówne w chwili używania ich do czynności chodzenia.

Zkąd to może pochodzić?

Wiemy, że prawie u każdego człowieka słabszą jest ręka lewa od prawej, tak samo zwykle jest słabszą lewa noga od prawej. O tem można się przekonać za pomocą bardzo prostego doświadczenia: jeźli ułożymy dziecko na wznak na równej podłodze i następnie obciążywszy mu stopy ciężarkami, których wielkość zależy naturalnie od wieku dziecka, każemy mu nóżki do góry podnosić, wówczas nóżką prawą uniesie większy ciężarek ku górze niż lewą, względnie z ciężarkiem równej wagi podniesie nóżkę prawą wyżej niż lewą.

Wiemy dalej, że mięśnie zginające (fleksory), mają w ogóle przewagę nad prostującymi (ekstenzory). Ztąd też pochodzi, że kończyny nasze przy swobodnem ułożeniu zawsze są w stawach lekko zgięte.

Otóż zdarza się, że w nóżce lewej, jako słabszej i różnica ta między siłą mięśni zginających a prostujących jest większą niż w prawej. O tem znowu można przekonać się łatwo: jeźli się mianowicie dziecko na równej podłodze na wznak ułoży, miednicę równo ustawi i następnie każe mu się swobodnie leżeć; wówczas spostrzeżemy dość często, że nóżka lewa będzie nam się zdawała nieco krótszą od prawej. Różnica wynosi $^1/_2$—$1^1/_2$ cm. a znika natychmiast, skoro

każemy dziecku wyprostować nóżki. Pochodzi to tylko ztad, że w skutek większej przewagi mięśni zginających nad prostującymi jest nóżka lewa w stawach nieco więcej zgięta niż prawa. U dziecka takiego wystąpi w postawie stojącej ten sam objaw, tak samo nóżka lewa będzie nieco więcej zgięta niż prawa. Występuje to szczególniej u dzieci w ogóle słabszych. W skutek tego zaś nóżka lewa staje się faktycznie nieco krótszą a odpowiednio do tego miednica pochylona na stronę lewą, co naturalnie także pochylenie kręgosłupa w części dolnej w lewo a odpowiednio w górnej w prawo wywołać musi.

Nie mając materyału szpitalnego, nie mogłem w większej liczbie przypadków przeprowadzić odpowiednich doświadczeń, badałem tylko 18 przypadków wyżej opisanego skrzywienia kręgosłupa z praktyki prywatnej. Poddałem je opisanym doświadczeniom i w 16 przypadkach okazała się nóżka lewa słabszą od prawej a w 7 była nóżka lewa przy swobodnem ułożeniu krótszą od prawej. Różnica wynosiła $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ cm., wiek dzieci od 6—13 lat.

Jak często przytrafia się ta czynnościowa nierówność kończyn, trudno mi orzec na podstawie 18-tu przypadków, zwłaszcza, że nie badałem dzieci zdrowych, tylko dotknięte skrzywieniem, sądzę jednak, że wśród wszystkich innych i ona stanowi dość częstą przyczynę powstawania skrzywienia kręgosłupa.

Podaję tę krótką wzmiankę głównie dlatego, ażeby zachęcić innych rozporządzających odpowiednim materyałem do badania w tym względzie, gdyż wykrycie tej przyczyny skoliozy wpłynęłoby i na leczenie. Pierwszem wskazaniem w takich przypadkach byłoby wzmocnienie słabszej nóżki za pomocą masowania i innych odpowiednich środków.

---

**II. Z Zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.**

## O higienicznej wartości wody studziennej pawilonu chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21. Listopada 1894 r.

przez

**Dra Leopolda Haima,**

sekundaryusza szpitala św. Łazarza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Największe ma znaczenie jakość bakteryi, mianowicie chodzi o to, czy znajdziemy we wodzie bakterye chorobotwórcze lub nie. Z chorobotwórczych poszukujemy prątków tyfusowych i cholerycznych, inne bakterye bowiem we wodzie albo wcale się nie rozmnażają albo tylko przez czas krótki.

Pomimo pilnych poszukiwań przez ośm miesięcy, ani razu nie znalazłem nic podejrzanego, chorobotwórczego. Bakterye znalazłem następujące:

1) *Micrococcus concentricus.*
2) *Bacillus fluorescens liquefaciens.*
3) *Bacillus fluorescens non liquefaciens.*
4) *Bacillus albus.*
5) *Bacillus nubilus.*
6) *Bacillus helvolus.*
7) *Bacillus violaceus.*
8) *Bacillus megaterium de Bary.*
9) *Bacillus pyogenes foetidus* (raz jeden tylko).

Z nieopisanych dotychczas w literaturze są następujące:

10) *Bacillus gasoformans hospitaliensis.* Prątek krótki, gruby, pojedynczy, ruchliwy. Na płycie tworzy kolonie małe, okrągłe, barwy szarawej, okazującej pod mikroskopem ziarnistość i brzeg jaśniejszy. Rozpuszcza żelatynę wzdłuż przewodu z wkłucia dość szybko tak, że po 4—6 dniach cała żelatyna rozpłynęła się, nie widać jednak nigdzie baniek gazowych. Jeżeli w probówce rozpuścimy żelatynę i zaszczepimy trochę bakteryj i zmięszamy dokładnie, to po 24 godzinach zobaczymy w stężałej żelatynie dość liczne bańki gazowe. Jeżeli go przeszczepimy na żelatynę przez wkłucie a następnie ostrożnie rozpuścimy żelatynę, to spostrzeżemy po 24 godzinach w stężałej żelatynie następujące zjawisko: W miejscu wkłucia, w którem rozwinęły się bakterye (najwięcej ich się rozwinęło w dolnej części przewodu z wkłucia) baniek gazowych nie ma, tylko naokoło miejsca wkłucia, charakterystycznem jest również i to, że na powierzchni i pod samą powierzchnią baniek także nie ma. Po 2 dniach wytwarza się warstwa rozpuszczonej żelatyny, na której dnie są strzępy.

W bulionie, który po 2 dniach mętnieje, gazu nie wytwarza. Na agarze tworzy nalot dość gruby, brudno-biały. Na ziemniakach nalot gruby, żółtawy.

11) *Bacillus granulosus.* Prątek krótki, cienki, okazujący w środku jakby ziarnistość. W bulionie nitek nie tworzy. Na płytce tworzy kolonie małe, drobne, barwy białawej, o budowie wewnątrz jednostajnej. Żelatynę rozpuszcza bardzo późno, po 4 do 5 tygodniach i to wzdłuż przewodu z wkłucia, tworząc z początku na samej górze wąziutki lejek, który powoli się rozszerza i ku dołowi się wydłuża.

Na agarze nalot gruby, lepki, barwy szarawo-białej. Bulion po 2—3 dniach mętnieje, tworząc na dnie osad skąpy. Na ziemniakach nalot niewyraźny, blado-żółtawy. W brzeczce słabo się rozwija. Woni i barwika nie tworzy.

12) *Bacillus liquefaciens* α. Prątek dość gruby, długi, pojedynczy, ruchliwy. Na płytce tworzy kolonie szarawe, okrągłe, pod mikroskopem w środku ciemne, otoczone wązką obwódką jaśniejszą, okazującą ziarnistość. Rozpuszcza żelatynę dość szybko, rozpuszczona żelatyna nie jest mętną, na dnie przewodu z wkłucia strzępy.

Na agarze tworzy nalot obłoczkowaty, cienki, z odcieniem żółtawym, nie trzymając się miejsca szczepienia. Na bulionie i ziemniakach nic charakterystycznego. Woni nie wydziela, barwika i gazu nie tworzy.

13) *Bacillus liquefaciens* β. Prątki cienkie, krótkie, pojedyncze lub podwójne, ruchliwe, okazują przeważnie ruchy postępowe. Na preparatach z agaru widać spory. Na płytce tworzy kolonie bardzo drobniutkie, szarawe, okazujące w środku budowę jednostajną. Czwartego dnia występuje ziarnistość, przyczem barwa kolonii ciemniejsza. Na agarze wzdłuż szczepienia nalot paciorkowaty, około pojedynczych paciorków wytwarza się później obwódka jaśniejsza, mglista. Na ziemniakach nalot mazisty gruby, barwy szaro-żółtej. Woni i barwika nie tworzy.

14) *Bacillus liquefaciens mercaptan.* Prątki krótkie, cienkie, pojedyncze, w gromadkach ułożone, okazujące ruchy

obrotowe i postępowe. Kolonie po 2 dniach wielkości główki od szpilki, szarawe, okrągłe, o brzegach ściśle ograniczonych, o budowie w środku jednostajnej. Rozpuszcza żelatynę lejkowato; rozpuszczona żelatyna mętna ze strzępami grubymi.

Na agarze nalot lepki, gruby, barwy szarej. Wydaje woń kapusty.

15) *Bacillus liquefaciens superficialis.* Prątek krótki, cienki, ruchliwy, przeważnie ruchy postępowe Kolonie drobne okrągłe, szarawe, o budowie w środku jednostajnej, o brzegach jaśniejszych. Rozpuszcza żelatynę w 3. dniu w górnej części w postaci szerokiego lejka, czwartego dnia rozrzedzenie dochodzi do ścian próbówki i od tego czasu warstwowo powoli rozpuszcza żelatynę.

Na agarze nalot dość gruby, mazisty, barwy brudnobiałej. Na ziemniakach i bulionie nic charakterystycznego.

Pleśniodrożdże opisane w pracy prof. Bujwida „Bakterye w powietrzu“ znachodza się również i we wodzie. Cechują się tem, że w brzeczce wywołują fermentacyę śluzową. Utrata cukru oznaczona w brzęczce metodą Fehlinga po 3 dniach wynosi 5%. Rozpuszczają żelatynę warstwowo a wzdłuż przewodu z wkłucia rosną podobnie jak *baccillus ramosus.*

Badanie chemiczne wody dało następujące rezultaty:

| | |
|---|---|
| Twardość przemijająca | 72 stopni francuskich |
| Twardość stała . . . | 35 „ „ |
| Chlorków . . . . | 84 miligr. w 1 litrze |
| Kwasu azotowego . . | ślad wyraźny |
| Kwasu azotowego . . | ślad bardzo drobny |
| Amoniaku . . . . | brak. |

Co do własności fizycznych woda ta jest 1) bezbarwną, 2) przeźroczystą, 3) mętów żadnych nie ma, 4) bez zapachu, 5) smaku orzeźwiającego, 6) dostatecznie zimną a pod mikroskopem 7) nie ma żadnych robaków lub ich jajek, 8) nie ma włókien mięsnych.

Jeżeli przejdziemy rozbiór wyżej podany, to wprawdzie znajdziemy wielką ilość chlorków, twardość dość znaczną, ale czemże się różni ta studnia od innych studzien krakowskich? Twardość wód krakowskich często przekracza 80 stopni francuskich, wszystkie wody krakowskie zawierają dużo chloru, ba nawet we wielu studniach krakowskich znachodzi się i amoniak a te, według zdania profesora Bujwida, „prawie bez wyjątku wykazują również wielkie ilości żywych bakteryj“. Zatem woda nasza wprawdzie zawiera dużo chlorków, lecz ponieważ stósunkowo ma bardzo mało bakteryj a żadnych mikrobów chorobotwórczych, przeto należy ją uważać za czystą i nieszkodliwą.

Wypada nam jeszcze rozpatrzyć się w budowie studni i kloaki, o których lekarz przy ocenianiu wartości higienicznej każdej wody nigdy zapominać nie powinien.

Studnia nasza jest przykryta, powierzchnia gruntu, na którym stoi, jest wywyższoną, nie ma żadnych ścieków do studni wiodących a woda spływa rynsztokiem ku dołowi do kanału, ocembrowanie jest szczelne. Zwrócić uwagę muszę na to, że służba oddziału zakaźnego nie wylewa nigdy wody od mycia i prania w blizkości studni, nie opłukuje się tu wcale naczyń, tylko w kuchni pawilonu a chorzy nawet do niej nie dochodzą, gdyż dopóki są w oddziale, poza bramę im wyjść nie wolno. Wody ze studni używa się po dłuższem pompowaniu, gdyż jak wiadomo, wtedy ilość bakteryj zmniejsza się. Co do kloaki, podobnie jak w całem mieście jest system dołowy. Dół jest oddalony od studni na 16 metrów, jest zupełnie szczelny, otoczony grubą warstwą gliny pomiędzy dwoma warstwami muru i dokładnie na wewnątrz ocementowany a co najważniejsze ma dno, co jest rzadkością w naszem mieście, z góry zaś jest szczelnie przykryty płytą żelazną. Rura spadowa wyprowadzona jest ponad dach i zaopatrzona w nasadę aspiracyjną.

Dół od czasu do czasu się odwietrza za pomocą dużych ilości wapna żrącego.

Wydzieliny chorych jak ślina, ropa, plwociny, stolce, wylewa się do wychodka, poprzednio jednak polewa się je zgęszczonym kwasem karbolowym i pozostawia pod działaniem jego przez kilka godzin. Śmieci i łuski chorych spala się. Dół kloaczny wypróżnia się co 5—6 tygodni.

Wobec takich stosunków higienicznych nic dziwnego, że woda tu jest czystą, pomimo blizkości oddziału zakaźnego i daleko bezpieczniej ją pić można aniżeli wodę z innych dzielnic miasta. W ogóle w całym Krakowie nie ma dobrej wody, ponieważ system dołowy, tutaj zaprowadzony, sprawia zanieczyszczenie wody gruntowej. Węglan amonowy bowiem powstały z rozkładu mas kałowych niszcząc nawet ściany cementowe dołów, z biegiem czasu zamienia nawet zupełnie szczelne doły w przepuszczalne. Jeżeli więc chcemy mieć dobrą wodę w Krakowie, potrzeba nam przedewszystkiem wodociągów i kanalizacyi spławnej.

---

## III. Oceny i sprawozdania.

### Medycyna sądowa.

### Pamiętnik ku uczczeniu 25-lecia pracy nauczycielskiej radcy dworu prof. Dra Hofmanna w Wiedniu, poświęcony przez uczniów, wydany przez Dra Haberdę.

Skreślił

Doc. Dr. L. Wachholz.

Piękny i trwały upominek stanowi pamiętnik, z którego na tem miejscu zamierzamy zdać sprawę. Właściwa treść poprzedza wstępny artykuł, napisany przez Dra Haberdę, obecnego asystenta zakładu sądowo-lekarskiego w Wiedniu, w którym autor podnosi zasługi wielkie jubilata około rozwoju medycyny sądowej i poświęca mu pracę powyższą, jako hołd licznych uczniów jego. Następnie czytamy krótki życiorys poprzedzony udatnym wizerunkiem jubilata.

Z życiorysu dowiadujemy się, iż Edward Hofmann urodził się w r. 1837., w r. 1861. uzyskał w Pradze stopień doktora, poczem mianowany był zaraz asystentem prof. medycyny sądowej Popla, po którego śmierci objął w r. 1864. zastępczo wykłady w języku czeskim. W r. 1865. habilitował się, a w r. 1869. został zatwierdzony zwyczajnym profesorem medycyny sądowej w Inspruku. Odtąd zyskał sobie prędko rozgłos znakomitemi publikacyami, to też w r. 1875. po śmierci Dlauhe'go powołany został na wszechnicę wiedeńską. Uzyskawszy niestrudzonemi zabiegami rozległy i rzadki materyał, podnosi medycynę sądową do rzędu ścisłych nauk.

Wielkie jego zasługi wyjednały mu wkrótce sławę i powszechny szacunek, wreszcie szereg odznaczeń, jak order żelaznej korony III. kl. i szlachectwo (1884), tytuł c. i k. radcy dworu (1888), wreszcie krzyż kawalerski orderu Leopolda (1894). Ponadto posiada jubilat odznaczenia jak szwedzki order gwiazdy północnej, portugalski order Zbawiciela, brazylijski order róży, jest on członkiem wojennej Akademii medyko-chirurg. w Petersburgu, członkiem towarzystw lekarzy szwedzkich w Sztokholmie, fińskich w Helsingforsie, aka-

demii królewsko-lekarskiej w Belgii, w Rzymie i towarzystwa sądowo-lekarskiego w Paryżu.

Od r. 1888. jest on prezesem najwyższej rady zdrowia. Jest on autorem 69 prac z zakresu medycyny sądowej, licznych pomniejszych artykułów wydanych w encyklopedyi Eulenburga i rocznikach Virchowa-Hirscha, wreszcie autorem jedynego w swym rodzaju podręcznika medycyny sądowej, który doczekał się wkrótce przekładu na język francuski przez Brouardela, na rosyjski przez Gwozdena, na włoski przez Rafaelo i na hiszpański.

Znakomite zasługi, pierwszorzędne doświadczenie, wielka bystrość umysłu zjednały jubilatowi sławę pierwszej powagi w świecie nauki przezeń zreformowanej; to też ściągały się doń liczne zastępy uczniów z kraju i dalekiej zagranicy, by korzystać z jego uczonych rad i wskazówek i z jego szlachetnego usposobienia, które bez zawiści, lecz z miłością zniżało go do licznej jego szkoły.

Wdzięczni a żyjący uczniowie mistrza złożyli się dorobkiem swym duchowym na tomik obejmujący 11 prac.

1) Prof. Dr. P. Dittrich (w Pradze): O zakażeniach przyrannych, zwłaszcza o ropieniu i skutkach ze stanowiska medycyny sądowej.

W powyższej pracy zwraca autor uwagę na doniosłość badań bakteryologicznych we właściwych przypadkach sądowych. Występuje on przeciw utartemu dziś szablonowi oceniania uszkodzeń cielesnych połączonych z zakażeniem a zaleca w każdym przypadku, o ile to możliwe, zastanowić się i zbadać źródło zakażenia. Lekarz sądowy powinien w każdym przypadku uszkodzenia połączonego z zakażeniem zwrócić uwagę na usadowienie zakażenia, na czas rozgraniczający powstanie uszkodzenia od powstania zakażenia, wreszcie na wykluczenie innych pierwotnych źródeł i wrót zakażenia.

Stósownie do usadowienia ogniska infekcyi, zdarzają się często przypadki uszkodzeń ciała, w pobliżu których wykazuje się przy badaniu skutki zakażenia. W tych przypadkach łatwem jest rozstrzygnięcie, czy zakażenie zostaje w przyczynowym związku z zadanem uszkodzeniem. Usadowienie się produktów zapalnych w najbliższem sąsiedztwie uszkodzenia, postęp zakażenia od miejsca uszkodzonego będą przemawiały za tem, iż zakażenie pozostaje w związku z obrażeniem. Trudnem a nawet niemożliwem będzie rozstrzygnięcie związku między zakażeniem a uszkodzeniem wówczas, gdy zakażenie nie ogranicza się do ogniska, lecz jest rozlanem. W przypadkach takich należy zwrócić uwagę na czas wystąpienia objawów i zmian pochodzących z zakażenia, jakoteż na tę okoliczność, czy nie było w danym przypadku innych przyczyn zakażenia n. p. w ropnem zapaleniu opon mózgu, powstałem wrzekomo po urazie, czy nie ma źródła ropnej infekcyi w okolicznych jamach, jak nosowej, usznej i t. d. W przypadkach infekcyi ogólnej całego ustroju, powstałej wrzekomo po urazie, możliwem jest rozstrzygnięcie związku przyczynowego jedynie wtedy, jeśli się wykryje miejsce zkąd mogło przyjść do zakażenia. Przypadek Czemetschki, tyczący się położnicy zmarłej wrzekomo z zakażenia połogowego, stanowi doskonały w tym względzie przykład. Przy sekcyi znaleziono u niej prawidłowy stan pochwy i macicy, natomiast wykazano zapalenie włóknikowe prawego płuca, *rhinitis suppurativa*, *meningitis suppur.*, *endocarditis acuta*, *metrolymphangitis suppurativa*. Badanie bakteryologiczne ropy z opon i naczyń limfatycznych macicy wykazało diplokoki zapalenia płuc. Nie mogło zatem ulegać wątpliwości, iż zakażenie opon i macicy należało odnieść do zmiany w płucach a nie do zakażenia wprowadzonego nieumiejętnem udzieleniem pomocy przy porodzie.

W każdym przypadku należy się zastanowić, kiedy pojawiło się zakażenie. W tym celu należy sięgnąć do wywiadów, jakim był stan uszkodzonego przed obrażeniem, a następnie po jakim czasie od powstania uszkodzenia wystąpiły pierwsze wybitne objawy infekcyi. Najczęściej objawia się zakażenie zaraz w pierwszych dniach po swem powstaniu, zdarza się jednak, że objawy infekcyi nastają dopiero po upływie pewnego czasu, lub też że są one zrazu tak małoznaczne, iż chory ich nie dostrzega. Zatem czas, w jakim występują objawy zakażenia, nie poucza nas z zupełną pewnością o tem, kiedy nastąpiło zakażenie, ztąd też dochodzenie chwili wystąpienia pierwszych objawów infekcyi może się jedynie przyczynić do rozstrzygnięcia pytania, czy uszkodzony nie podpadł zakażeniu wcześniej, nim doznał uszkodzenia ciała. Nie można jednak twierdzić, że zakażenie nastąpiło dopiero wskutek urazu, jeśli się nie przekona, iż osoba, o którą chodzi, zresztą była i jest zdrową. Zasada *post hoc, ergo propter hoc* nie może liczyć na znaczenie w praktyce sądowo-lekarskiej.

W dodatku zastanawia się autor nad oceną sądowo-lekarską uszkodzeń ciała z zakażeniem.

W tych przypadkach należy rozdzielić ocenę tj. ocenić czas trwania uszkodzenia jako takiego, tj. bez względu na zakażenie, osobno zaś wydać swe zdanie co do skutków wywołanych przez zakażenie. Nie wolno zaś przypuszczać zakażenia rany zadanej dla tego, że użyte narzędzie nie było aseptycznem, gdyż niekoniecznie musi nieczyste narzędzie dać powód do zakażenia, jak również nie można twierdzić, że należyte a wczesne zaopatrzenie rany zapobiegałoby zakażeniu. Na pytanie w tej mierze ze strony sądu należy odpowiedzieć, że zakażenia przyranne stanowią skutki, o jakich mowa w §. 129. d. proced. kar. t. j. skutki, wynikające z przyczyn, które nastąpiły przypadkiem, lub czynem samym były wywołane lub z niego wypłynęły.

2) Dr. K. Ewald (w Wiedniu): Zaciśnięcie tchawicy przez wól i jego skutki.

Autor zastanawia się nad dotychczasowemi tłómaczeniami powstania zwężenia tchawicy u osób dotkniętych wolem, następnie podaje spostrzeżenia własne, do jakich doszedł przez badanie skrawków tchawicy i wola robionych przy pomocy zamrożenia. Przekonał się on, iż tchawica zrasta się z wolem w ten sposób, iż z tkanki okołotchawicznej biegną mocne włókna w miąższ wola, tworząc w nim tak zwane przegrody (*septa*). Jeśli więc gruczoł między temi przegrodami mieszczący się pocznie bujać i powiększać się ku tchawicy, wówczas włókna przegród ulegają napięciu a ponieważ łączą się z pierścieniem tkanki okalającej tchawicę, przeto ściągają i zaciskają tchawicę. Zaciśnięcie tchawicy przedstawia się w formie szczeliny na różnej wysokości wola rozmaicie ułożonej. Najrzadziej wydarza się uciśnięcie w formie szczeliny biegnącej równolegle z czołem tj. z boku na bok. Takie tłómaczenie powstania uciśnięcia tchawicy, oparte na dokładnem zbadaniu stosunków anatomicznych znajduje swe potwierdzenie w przypadkach nieznacznego wola, a który przecież zacisnął tchawicę.

Z tej samej przyczyny może wytworzyć się dewiacya tchawicy n. p. skolioza jej, której powstanie Wolfler tłómaczył bliznowatem zrośnięciem tchawicy z wolem i następowem kurczeniem się zrostów.

Na tej samej podstawie można wytłómaczyć rozszerzanie się przestworów położonych między chrząstkami tchawicy.

Gdy wedle dawniejszych zapatrywań należało dla uciśnięcia tchawicy przypuścić znaczne powiększenie się całego wola, to na mocy spostrzeżeń autora wystarczy przyjąć nagłe powiększenie się jednego guza, który wówczas wywołuje napięcie włókien przegrody. Takie zaś powiększenie się jednego guza może ustąpić po śmierci, a to dlatego, ponieważ powiększenie to może polegać na zaciśnięciu naczyń krwionośnych tego guza i na następowem obrzęku, rozdzielającym się po śmierci. Uciśnięcie naczyń żylnych może wywołać obrzęk głośni a zatem śmierć z uduszenia, chociaż przy sekcyi śladu tego obrzęku już się nie napotka z przyczyny jego rozdzielenia się. Zresztą zaciśnięcie tchawicy może zwolna wzrastać i zwolna doprowadzić do śmierci z uduszenia. Cho-

ciąż przebieg kliniczny w tych razach nie przemawia za uduszeniem, jednak sekcya przedstawia obraz, jaki zazwyczaj się spotyka po uduszeniu. (Ciąg dalszy nastąpi).

## Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,
asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

3) Kolporafie i kolpoperineorafie. W ubiegłym roku szkolnym wykonaliśmy:

| | |
|---|---|
| *Kolporrhaphia anterior* . . | 5 razy |
| *Kolporrhaphia posterior* . . | 5 „ |
| *Kolpoperineorrhaphia* . . | 8 „ |

Kolporafie przednie i kolpoperyneorafie. Operacyę tę wykonywamy albo samą albo razem z kolpoperyneorafią stosownie do przypadku — a mianowicie;

1⁰ w przypadkach wypadnięcia macicy i wynicowania pochwy, w których próbowano bez skutku leczenia krążkami, bo krążki nawet wielkie wypadają;

2⁰ w przypadkach wynicowania pochwy bardzo znacznego stopnia, w których z góry przewidzieć można, że krążki z powodu rozluźnienia podstawy miednicy nie utrzymują się;

3⁰ w przypadkach wynicowania pochwy i wypadnięcia macicy u kobiet bardzo biednych i wyraźnie nieinteligentnych albo mieszkających zdala od lekarza.

Pierwsze dwa wskazania, które podaje Hofmeier[15]), są prawie powszechnie przyjęte. Trzecie czynią niezbędnem nasze stósunki, albowiem nierzadkie niestety u nas przypadki smutnych następstw po zbyt długiem, czasem kilkunastoletniem, bez przerwy noszeniu krążka podyktowały nam to wskazanie. Zupełnie słusznie żąda też Neugebauer[16]), ażeby przystępując do założenia krążka uwzględniać nietylko wskazanie, formę i wielkość krążka oraz jego materyał, ale też stałą kontrolę lekarską i utrzymanie należytej czystości.

Zakresu wskazań do kolporafii i kolpoperyneorafii nie myślimy jednak zbytecznie rozszerzać mimo panującego obecnie w ginekologii kierunku operacyjnego, którego nadużywanie tak słusznie i dobitnie piętnuje Neugebauer; owszem jeżeli operacya Freunda „drutowania" pochwy okaże się dobrą i skuteczną, to zakres tych wskazań zmniejszy się o tyle, że wyłączymy z niego kobiety starsze po latach przejściowych. A przecież one stanowią dość spory procent naszego materyału do operacyj plastycznych.

Pacyentka przeznaczona do kolporafii dostaje dzień przed zabiegiem kąpiel i zostaje przeczyszczona, poczem naturalnie zostaje na dyecie ścisłej. Pochwę wymywa się w przeddzień operacyi wodą i sublimatem 1⁰/₀₀ i tamponuje gazą jodoformową, poczem tenże sam proceder powtarza się bezpośrednio przed zabiegiem.

Chorą układamy do zabiegu na wznak (jak do cięcia kamienia). Narkozę stosujemy prawie zawsze, tylko w niektórych przypadkach kolporafii przedniej wydaje sie nam zbyteczna. Metod operacyjnych używaliśmy w ubiegłym roku szkolnym dość dużo. Kolporafią przednią robiliśmy metodą Hegara i Fehlinga, tylną według Hegara, Martina, Lawsona-Taita i Graily-Hewitta[17]). Używaliśmy tak wielu metod dlatego, że one niewątpliwie wszystkie w stósownym przypadku prowadzą do celu a potem dlatego, ażeby słuchaczom przedstawić różne metody i ułatwić ich spamiętanie.

Rany otrzymane po zdjęciu płatów kolporafijnych szyjemy zawsze w ten sposób, że tworzymy w głębi kilka piąter szwów katgutowych kuśnierskich. Sposób ten zalecany gorąco przez wielu operatorów jak Schrödera, Hofmeiera i innych, zabiera bardzo niewiele czasu a oddaje bardzo dobre usługi, zwłaszcza w tych przypadkach, w których rana jest szeroka a napięcie przy zwykłym jednopiątrowym szwie jest zbyt duże. Dlatego można się w ostateczności bez tego piątrowego szwu obejść w kolporafii przedniej podwójnej Fehlinga i tylnej podwójnej Martina; w obu bowiem metodach zachowując *columnam rugarum* i robiąc zamiast jednej dużej dwie małe rany, unika się znacznego a dla doraźnego zgojenia rany zawsze niekorzystnego napięcia. Ostatnie piętro łączące brzegi rany szyjemy w pochwie jedwabiem, na międzykroczu zawsze srebrem. Ten szew srebrny na międzykroczu zadowalnia nas w zupełności; nie możemy tego samego powiedzieć o szwie jedwabnym, łączącym brzegi rany pochwowej; prawdopodobnie w roku bieżącym pójdziemy albo za radą Hofmeiera i będziemy w pochwie używać tylko katgutu albo pochwę podobnie jak i międzykrocze szyć będziemy srebrem. Za katgutem przemawia przedewszystkiem to, że nie trzeba go wyjmować, co po operacyi plastycznej w pochwie nie jest obojętne. Wprowadzenie choćby najmniejszego wziernika lub *gorgeretu* sprowadza bądź co bądź napięcie niepożądane a często niekorzystne. Przedewszystkiem w tych przypadkach, w których na jednem posiedzeniu operuje się obie ściany pochwy, wyjmowanie szwów jest trudne i dla świeżej rany nieobojętne.

Na leczenie pooperacyjne kładziemy obecnie wielki nacisk. Dawniej postępowaliśmy tak jak większa część operatorów a między nimi Hofmeier, t. j. nie przestrzykiwaliśmy ran wcale i tylko spokojnie czekaliśmy na zgojenie. Obecnie zmieniliśmy sposób postępowania i co dzień lub co drugi dzień opatrujemy rany w pochwie i na międzykroczu, obmywając je płynem odrażającym i zasypując mięszaniną dermatolową. Mogąc porównać wyniki postępowania wyczekującego z wynikami obecnie używanego sposobu, musimy stanowczo ten ostatni uważać za lepszy. W roku ubiegłym wszystkie nasze operacye plastyczne zgoiły się doraźnie *(per primam)*.

Operacyę Lawsona-Taita stosowaliśmy przedewszystkiem w przypadkach, w których nam chodziło o stworzenie silnej podpory na dnie miednicy a gdzie rozluźnienie tej podpory było znaczne. Myśmy ją robili jako dodatkowa po kolporafiach, operacyi drutowej Freunda i po wentrofiksacyi. Sposób wykonania był taki, jak go opisuje Sänger i Hofmeier, t. j. prowadziliśmy jedno cięcie poprzeczne między kiszką stolcową a wejściem do pochwy a od końców tej rany dwa cięcia ku górze pod kątem mniej więcej prostym. Cięć ku dołowi, ku kiszce stolcowej, idących również od końców rany poprzecznej, jak je opisuje i rysuje Lawson-Tait[18]) w swoim podręczniku, nie dodawaliśmy. Do spojenia rany używaliśmy zawsze szwu srebrnego. Znakomity ten zabieg dawał nam pod każdym względem doskonałe rezultaty. Sam autor upatruje przedewszystkiem w tem zaletę swojej operacyi, że z pomocą niej restauruje międzykrocze, nie wycinając ani kawałka tkanki. Że ta zaleta może w wyjątkowych przypadkach stać się wadą i uczynić zabieg ten przeciwwskazanym, na to dostarcza dowodu jeden z naszych przypadków. Chodziło tu o pacyentkę, u której międzykrocze było przerwane zaledwie do połowy i która byłaby, jak wiele innych uważała się za całkiem zdrową, gdyby nie przykry nerwoból w bliźnie międzykrocza, który od dłuższego czasu męczył i sen odbierał. W tym przypadku wskazane było wycięcie blizny i zeszycie przerwanego międzykrocza, co też wykonaliśmy z dobrym skutkiem metodą Graily-Hewitta. Zabieg Lawsona-Taita byłby co do nerwobólu pozostał niewątpliwie bez rezultatu.

---

[15]) Hofmeier: Gynak. Operationen s. 134.

[16]) Neugebauer: Przestroga przy używaniu wianków macicznych 1894. s. 17.

[17]) Graily-Hewitta metoda opisana w B. S. Schultze Lageveranderungen der Gebärmutter s. 199.

[18]) Lawson-Tait: Diseases of women 1889. s. 68.

4) Operacya Freunda przy wypadnięciu pochwy.

Freund[19]) idąc za przykładem Thierscha, który w *prolapsus recti* u dzieci zakładał pierścień z drutu srebrnego między skórą a zwieraczem odbytnicowym i w ten sposób osiągał dobre wyniki, zastosował ten sposób operacyjny przy wynicowaniu pochwy i podał operacyę, polegającą na zgojeniu się kilku drutów srebrnych w ścianie pochwy.

Operacyę tę według Freunda wykonuje się w następujący sposób: Podtrzymując palcami lub szczypczykami wynicowaną pochwę przeciąga się przy pomocy zwykłej igły, łukowato wygiętej, drut srebrny przez cały obwód ściany pochwy w tkance łącznej podśluzowej. Aby to uskutecznić, trzeba od czasu do czasu igłę wykłuć na zewnątrz a potem przez tenże sam otworek wykłucia dostać się znowu do tkanki podśluzowej. Wykłuwając w końcu igłę w miejscu pierwszego wkłucia, stworzy się szew otaczający całą ścianę pochwy a w całości pokryty jej błoną śluzową. W ten sposób należy założyć 3—4 szwy w miarę długości wypadłej pochwy. Po założeniu szwu pierwszego w bliskości części pochwowej asystent wypycha tę ostatnią ku wewnątrz ponad szew, który operujący ściąga teraz tak silnie i końce skręca, jak to uważa za potrzebne, pozostawiając w ranie taki otworek, aby wydzielina z macicy mogła odpływać bez przeszkody. Następne szwy zakłada w odległości 2 do 3 cm. od siebie w okolicy wejścia do pochwy. Szwów takich nie zaciąga się już tak silnie jak pierwszego tak, aby przez pierścienie ztąd powstałe można przeprowadzić swobodnie koniec palca. Pojedyncze szwy nie potrzebują przebiegać równolegle. Druty w ten sposób założone podtrzymują pochwę mechanicznie a obok tego po pewnym czasie mają sprowadzać w następstwie zapalenia chronicznego zbliznowacenie i ściągnięcie się tkanki łącznej, wśród której przebiegają, co ma się przyczynić do tem ścislejszego podtrzymywania pochwy.

Krótkie trwanie operacyi, prawie zupełna niebolesność, zbyteczność wszelkich przygotowań, narkozy i leczenia pooperacyjnego, sposób operowania prawie bezkrwawy stanowią według Freunda liczne zalety tej operacyi. Owrzodzenia na ścianach pochwy stanowią chwilowe przeciwwskazanie, gdyż przed operacyą muszą być wprzód wygojone.

Operacye te zaleca Freund tylko u osób starszych i tylko w niektórych przypadkach wynicowania pochwy. E. Frank[20]), który w ten sposób dwukrotnie operował, potwierdza wszystkie zalety tej operacyi i z wyników jest bardzo zadowolony. Dobry wynik otrzymał również w jednym przypadku J. Schramm[21]).

Myśmy wykonali operacyę Freunda 2 razy. W pierwszym przypadku u chorej S. E., lat 45, z Rzeszowa, u której pochwa od kilku lat wypada, wykonano dnia 31. Maja powyższą operacyą zakładając 3 szwy srebrne. W 3 tygodnie potem chora zgłosiła się do kliniki a badanie podówczas wykazało, że szew jeden puścił a dwa inne przecięły w kilku miejscach błonę śluzową pochwy, co przypisać należy prawdopodobnie temu, żeśmy użyli drutu za cienkiego. Wyjęto wszystkie szwy i założono nowe z drutu grubszego.

Przekonaliśmy się przytem, że pomimo iż mechaniczne działanie drutów odpadło, pochwa dość dobrze utrzymywała się w nadanem jej położeniu i że wyciągnięcie pochwy na zewnątrz w celu założenia nowych szwów udało się z wielką trudnością, prawdopodobnie w skutek ściągnięcia się bliznowatego tkanki łącznej.

W drugim przypadku u chorej K. A., lat 48 liczącej, cierpiącej od kilkunastu lat na wypadnięcie pochwy, obok operacyi Freunda wykonaliśmy peryneoratię *modo Lawson-Tait*. Wynik tego przypadku był całkiem dobry.

Jakkolwiek z tych 2 przypadków nie można ocenić trwałości wyników tego zabiegu operacyjnego, to w każdym razie wobec zalet podanych przez Freunda a które i my potwierdzić możemy, operacya ta w niektórych przypadkach przynieść może niewątpliwe korzyści.

5) *Stenosis vaginae*. Nie podajemy historyi choroby ani uwag dotyczących tego przypadku, odsełając czytelnika do artykułu kolegi Dra Rościszewskiego pod tyt.: Plastyka pochwy z warg sromnych mniejszych (patrz *Przegląd lekarski* 1894. Nr. 20). (Ciąg dalszy nastąpi).

[19]) Centralblatt für Gyn. Nr. 47.
[20]) Prager med. Wochenschrift 1894 Nr. 18.
[21]) Centralblatt f. Gyn. 1894. Nr. 54.

## Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

**Dra Karola Kleckiego.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Pierwszy Grawitz[83]) rozpoczął badanie doświadczalne nad przechodzeniem bakteryj przez ścianę jelita. Chcąc zbadać, jaką rolę odgrywa zaziębienie w powstawaniu zapalenia otrzewny, ogrzewał on i oziębiał naprzemian brzuch królików; okazało się, że ropne bakterye, wprowadzone u zwierzat tych do przewodu pokarmowego pod wpływem powyższych manipulacyj nie przechodziły przez ścianę jelita.

Wprowadzanie *per os* do przewodu pokarmowego zwierzat laseczników *acnes contagiosae* konia oraz gronkowca ropnego złocistego, nie wywoływało żadnych zgoła zaburzeń ze strony otrzewny, gdy przewód pokarmowy znajdował się w stanie zupełnie prawidłowym. Gdy zaś w błonie śluzowej miejscami znajdowały się owrzodzenia dyfteryczne, bakterye przechodziły ze światła jelita do jamy brzusznej. Po zatamponowaniu odbytnicy zwierzat, którym *per os* zadano bakterye ropne, zwierzęta padały; raz wystąpiło zapalenie otrzewny włóknikowo-ropne, drugi raz zapalenia otrzewny nie było. Autor doszedł do wniosku, że koniecznym warunkiem do przejścia bakteryj przez ścianę jelita są zmiany patologiczne w tej ścianie, zwłaszcza zaś jakiś *locus minoris resistentiae* w błonie surowiczej; zmiany te mogą być jednak tak małe, że gołem okiem zupełnie dostrzedz ich nie można.

Waterhouse[84]) zaciskał na wzór uwięzłych przepuklin pętle jelitowe u królików; okazało się, że zmiany w ścianie jelita, wywołane przez 5-cio godzinne podwiązanie, nie wystarczały do umożliwienia bakteryom przejścia ze światła jelita do jamy brzusznej. To samo twierdzi Orth[85]), pod którego kierunkiem pracował Waterhouse. Według Rittera[86]) bakterye przechodzą przez ścianę jelita jedynie w tym razie, jeśli w ścianie tej są miejsca nekrotyczne. Korkumow[87]) zaś sądzi, że wystarcza do tego zniszczenie przybłonka jelitowego.

Reichel[88]) wywoływał u psów niedrożność jelita przez zaginanie i zaszywanie pętli jelita; nawet po kilkudniowej koprostazie bakterye nie przechodziły do jamy brzusznej, pomimo zaburzenia w krążeniu we właściwym odcinku przewodu pokarmowego. Pawlowsky[89]) zaś znalazł, że nawet w najsilniejszem zapaleniu otrzewny, wywołanem przez środki chemiczne, bakterye również nie przechodzą przez ścianę jelitową i nie ma następowego zakażenia tą drogą. W zapaleniu otrzewny pochodzenia bakteryjnego rzecz się ma inaczej: tutaj już po upływie kilku dni bakterye dostają się z jelita do jamy brzusznej. Kraft[90]) podwiązywał pozaotrzewnowo odbytnicę, wywoływał w ten sposób obrzęk

[83]) Grawitz: Statistischer und experimentell-pathologischer Beitrag zur Kenntniss der Peritonitis. Charite-Annalen. Jahrgang XI. 1886. p. 770.
[84]) Waterhouse: Experimentelle Untersuchungen ueber Peritonitis. Virch. Arch. T. CXIX. 1890. p. 343.
[85]) Orth: Experimentelles ueber Peritonitis. Centralblatt für Chirurgie. 1889. Nr. 48. p. 849.
[86]) Ritter: l. c.
[87]) Korkumoff: l. c.
[88]) Reichel: Zur Pathologie des Ileus und Pseudoileus. Zeitschrift f. Chirurgie. T. XXXV. p. 495.
[89]) Pawlowsky: l. c.
[90]) Kraft: l. c.

ściany jelita, wynaczynionki a pomimo to bakterye nie przechodziły do jamy brzusznej. Tabor przez zaciśnięcie pętli jelita cienkiego nie był w stanie wywołać zakażenia błony otrzewny. Autor ten sądzi, że zapalenie otrzewny występujące w uwięźnieniach pętli jelita, jest z początku natury aseptycznej, dopiero później, gdy powstaną nekrozy i owrzodzenia błony śluzowej, dostają się bakterye ze światła jelita przez naczynia limfatyczne do jamy brzusznej.

Walthard[91]) zakażał przewód pokarmowy zwierząt, którym był wyciął macicę. Zapalenie otrzewny w takich okolicznościach nigdy nie występowało.

Do odmiennych wyników doszedł A. Fraenkel[92]), który po sztucznej strangulacyi pętli jelita wyhodował z otrzewny jadowite *bacterium coli commune*. Wurtz i Depreaux[93]) po podwiązaniu aseptycznem pętli jelita cienkiego na 5 razy znaleźli 2 razy *bacterium coli commune* w wysięku otrzewnowym. Wurz sądzi, że bakterya ta przechodzi do worka przepuklinowego dopiero wówczas, gdy pewna ilość wody przepuklinowej już jest wytworzoną.

E. Fraenkel[94]) twierdzi, że bakterye często za życia przechodzą z jelita do jamy otrzewny i wywołują gnilne zapalenie tej błony.

Boennecken[95]) zaciskał u psów pętle jelita na wzór uwięzłych przepuklin. Na 14 razy znalazł on w płynie worka przepuklinowego 11 razy *bacterium coli commune*. Autor ten doszedł do wniosku, że nawet lekki zastój żylny w ścianie jelita wystarcza, by przez daną pętlę przechodziły bakterye kałowe do jamy brzusznej. Gdy zaburzenie krążenia ustąpi z jakiego bądź powodu, bakterye nie przechodzą dalej do jamy brzusznej. Wyniki otrzymane przez Boenneckena zostały przynajmniej w większej części potwierdzone przez Arnda[96]). Arnd chciał sprawdzić te wyniki, gdyż w doświadczeniach Boenneckena nie była wykluczoną możliwość powstawania drobnych nekroz niedostrzegalnych gołem okiem w tych miejscach, w których elastyczna podwiązka wywierała ucisk na ścianę jelita. Chodziło więc o to, czy rzeczywiście bakterye już wówczas przechodzą przez ścianę kiszki, gdy wystąpiły zmiany, które jeszcze wraz z usunięciem przeszkody ustąpić mogą. Autor ten dawał królikom *per os bacillus pyocyaneus*, *bac prodigiogus* oraz laseczník podobny do *bac. subtilis* a po strangulacyi pętli jelita kilka razy udało mu się wykazać te drobnoustroje w wodzie przepuklinowej; było to w takich przypadkach, w których zmiany patologiczne w ścianie jelita ograniczały się do lekkiego zastoju żylnego. Arnd sądzi, że ilość wytworzonej wody przepuklinowej jest niejako miarą ilości bakteryj, które przeszły przez ścianę jelita do worka przepuklinowego. Welch[97]) znalazł w surowiczo-włóknikowym wysięku brzusznym, powstałym w skutek zapalenia otrzewny bez przedziurawienia jelita, 3 razy *bacterium coli commune* w hodowli czystej.

Na podstawie obfitego materyału klinicznego doszli Tavel i Lanz[98]) do wniosku, że w worku przepuklinowym uwięzłych przepuklin stósunkowo rzadko można znaleść bakterye kałowe. Na 17 takich przypadków znaleźli oni bakterye w wodzie przepuklinowej zaledwie dwa razy. Dwa razy nawet zdarzyło się, że w ścianie przepukliny były miejsca nekrotyczne a pomimo to worek przepuklinowy bakteryj nie zawierał.

[91]) Walthard: l. c.
[92]) A. Fraenkel: l. c.
[93]) Wurz: Le bacterium coli commune. Arch. de med. exp. et d'anat. pathol. T. V. Nr. 1. 1893.
[94]) E. Fraenkel: Zur Aetiologie der Peritonitis. Munchener med. Wochenschrift. 1890. Nr. 11. p. 202. Ref. w Centralblatt f. Bact. u. Parasit. 1890. Nr. 17. p. 585.
[95]) Boennecken: Virch. Arch. T. CXX. 1890.
[96]) Arnd: Ueber die Durchgaengigkeit der Darmwand eingeklemmter Brüche für Mikroorganismen. Centralblatt f. Bact. u. Parasit. T. XIII. Nr. 5/6. 1893. p. 176.
[97]) Welch. Medecine moderne. 1892. 28. l. c.
[98]) Tavel und Lanz: l. c.

Ztąd wysnuwają autorowie śmiały wniosek, że przechodzenie bakteryj przez ścianę jelita nie ma nic wspólnego ze stanem, w jakim się dane jelito znajduje.

Rovsing[99]) nie znalazł bakteryj w wodzie przepuklinowej w 5-ciu przypadkach, w których uwięźnięcie trwało od 24 do 72 godzin. Nawet woda przepuklinowa, wyraźnie cuchnąca kałem, nie zawierała bakteryj a była ona aseptyczna i w takich przypadkach, w których uwięzła pętla, okazywała zabarwienie brudno szare. Według tego autora koniecznym warunkiem do przejścia bakteryj przez ścianę kiszki jest uszkodzenie błony surowiczej danego odcinka jelita.

Ostatnią wreszcie doświadczalną pracą w tym względzie jest praca Okar-Bloma[100]). Autor ten, który wykonywał doświadczenia na królikach, doszedł do następujących wniosków: przy zastoju żylnym w ścianie jelita, trwającym od 2 do 72 godzin, *bacterium coli commune* ani nie wchodzi do ściany jelita, ani też tembardziej nie przechodzi przez nią do jamy brzusznej. Przy zupełnej niedrożności jelita *bacterium coli* może wejść do tkanki ściany kiszki, zupełnie tak samo, jak się to zdarza w stósunkach prawidłowych w wyrostku robaczkowym. W mocnem uwięźnięciu pętli jelita, trwającem od 2 do 10 godzin, *bacterium coli* do ściany jelita nie wchodzi; nawet wówczas, gdy woda przepuklinowa była zupełnie mętną, nie udało się autorowi wykazać w niej w powyższych stósunkach danego drobnoustroju. W dłużej trwającem uwięźnięciu wchodzi on do ściany jelita, dostaje się do naczyń limfatycznych błony podśluzowej i tą drogą dostaje się do kreski. Według Okar-Bloma przy przechodzeniu bakteryj przez ścianę jelita największy opór stawia im błona surowicza. Najważniejszymi czynnikami, wywołującymi przechodzenie bakteryj przez ścianę jelita, są niedrożność oraz zaburzenia krążenia w danym odcinku przewodu pokarmowego.

Rozpatrując wyniki prac powyżej streszczonych, widzimy, że są one zgodne tylko w części, co do ważnych bowiem szczegółów znajdujemy w nich zasadnicze sprzeczności. Że w pewnych stósunkach patologicznych bakterye przechodzą ze światła jelita do jamy brzusznej nie ulega wątpliwości; że dzieje się to wówczas, gdy w ścianie jelitowej znajdują się miejsca nekrotyczne, również jest zupełnie jasnem, gdyż miejsca takie nie mogą stanowić przeszkody dla prostego przerastania ich z jednej strony tej ściany na drugą *(Durchwachsung)*. Do obserwacyi Tavela i Lanza[101]), która się temu sprzeciwia, za chwilę powrócimy. Co do tego ważnego punktu, czy w zastoju żylnym w ścianie jelita do niej wchodzą oraz przez nią przechodzą bakterye, panuje właśnie między autorami największa sprzeczność. Nie możemy wytłómaczyć sobie tej sprzeczności inaczej, jak tylko w ten sposób, że zmiany w ścianie jelita, jakie różni autorowie uważali za prosty zastój żylny, musiały być rozmaite, jeżeli już nie co do jakości, to przynajmniej co do ich stopnia. Wszak w doświadczeniach właściwych unormowanie ucisku, wywołanego przez podwiązkę elastyczną, należy do zadań nadzwyczaj trudnych a jedyny wskaziciel stopnia tego ucisku a mianowicie pulsacya tętnic kiszkowych może służyć zaledwo do zupełnie powierzchownej oryentacyi. Ucisk ten jest przytem bardzo niejednostajny, zwłaszcza w tym miejscu w którem leży węzeł. (Ciąg dalszy nastąpi).

## Chirurgia.

### N. Senn. Chirurgia jamy brzusznej na polu bitwy.

Roztrząsając na zjeździe chirurgów polskich w r. 1890. działanie broni palnej Manlicherowskiej wyraziłem się, iż tylko mała ilość rannych z uszkodzeniem jamy brzusznej

[99]) Rovsing: Hospitaltidende. 1892. p. 489. l. c.
[100]) Okar-Blom: Beitrag zur Kenntniss des Eindringens des Bacterium coli commune in die Darmwand in pathologischen Zustaenden. Centralblatt f. Bact. u. Parasit. T. XV. 1893. Nr. 16.
[101]) Tavel und Lanz: l. c.

dostanie się do szpitala, z którego to względu należałoby laparotomię wykonywać jak najrychlej, nawet jeżeli można w miejscu pierwszej pomocy. Do tego samego przyznaje się S. w swojej rozprawce, bo przez to nie jednego życie ocalić się da. Tysiące umierało dotąd wskutek krwotoków wewnętrznych, których rychło wykonanem cięciem brzusznym ocalić można było. Że jednak laparotomia szczególniejszej wymaga zręczności, wnosi autor, aby przy wojsku ustanawiano na przypadek wojny specyalistów do wykonywania laparotomij. Następnie zastanawia się nad przygotowaniami do tejże operacyi i operacyą samą. Gdzie nie ma innych wskazań, należy operować w linii białej, bo cięcie to najlepszy toruje dostęp do jamy brzusznej. Celem doraźnego wstrzymania krwotoku, palcami uciskać powinien asystent aortę brzuszną przez ranę operacyjną poniżej przepony. S. ostrzega przed używaniem katgutu do szycia ran w jelicie i podwiązywania sieci, z czem się zgodzić nie mogę, zawsze bowiem używałem do tego celu katgutu karbolowego z bardzo dobrym wynikiem. W przypadku zaś, gdziem w rok po zeszyciu rany w kiszce miał sposobność dokonania sekcyi zwłok, nie mogłem znaleść blizny, chociaż dobrze pamiętałem miejsce, w którem szyłem kiszkę.

Zgodnie z mojem doświadczeniem sprawdził S. doświadczeniami na zwłokach, iż kula przeszywająca na wylot jamę brzuszną, nie musi uszkodzić trzew. W 14-u przypadkach 4 razy trzewa były nieuszkodzone. Ma się to przytrafiać wtedy, jeżeli kula przeszywa jamę brzuszną od przodu ku tyłowi lub też poprzecznie powyżej pępka. Jeżeli zaś kierunek poprzeczny przewodu postrzałowego jest poniżej pępka, wtedy jelita z pewnością mają być uszkodzone i to nie tylko w jednem miejscu, bo czasem jest aż 3 — 16 uszkodzeń. Sprzeczne z tem jest moje własne doświadczenie, bo w przypadku, gdziem zastał trzewa nieuszkodzone, przewód postrzałowy poprzecznie przebiegający znajdował się poniżej pępka. Celem sprawdzenia, czy przewód pokarmowy jest uszkodzony czy nie, radzi S. wdmuchiwanie powietrza do odbytnicy, które otworem w jelicie na zewnątrz uchodzić będzie.

Na końcu zajmującej swej rozprawki ilustrowanej licznemi rycinami, podaje autor model składanego stołu operacyjnego, który użyć się da zamiast noszów. Wątpię, czy na razie wszyscy chirurgowie zgodzą się z zapatrywaniem Senna, i czy mocarstwa uwzględnią jego nawoływania, aby znaczniejsze sumy ofiarowano na potrzeby sanitarne, skoro się miliony wydaje na udoskonalenie uzbrojeń. (*St. Louis Clinique*. June 1894). *Bogdanik.*

A. Bumm: **O ruchomem leczeniu złamań kości.**

W ostatnich latach coraz więcej porzuca się dawne zasady leczenia złamań kości. I słusznie; z powodu długotrwałego unieruchomienia kończyn bowiem często występywał zanik mięśni, sztywność stawów unieruchomionych i w skutek tego po wyleczeniu złamań pojawiały się trwałe, nieprzyjemne następstwa, zwłaszcza jeżeli złamanie tyczyło się samychże stawów. Dla tego też staramy się obecnie o jak najrychlejsze wprowadzenie w ruch złamanej kończyny i zwracamy baczną uwagę na to, aby podczas leczenia złamania nie dopuścić do wystąpienia zaników mięśni lub zesztywnienia stawów. Autor wprawdzie nie rozporządza większym materyałem, dla tego też i własne doświadczenie jego nie jest wielkie, uwagi jego atoli, jakie w broszurze podaje, są trafne, rozprawka zaleca się przeto dla lekarza praktycznego. Zwrócić jednak muszę uwagę, iż miesienie podczas leczenia złamań musi się odbywać bardzo oględnie. (*Wiener. Klinik*. 1895. Zeszyt 1). *Bogdanik.*

## Psychiatrya.

Alzheimer: **Porażenie postępowe u osób młodocianych.**

Autor zebrał z literatury 40 przypadków niedołęztwa umysłu porażnego u osób młodych a dodaje do nich przypadek własny. Z zestawienia autora wynika, że niedołęztwo umysłu porażne wydarza się u dzieci i osób młodocianych wcale często i to w równej liczbie u płci męzkiej, jak i żeńskiej. I w tych razach bywa przyczyną kiła wrodzona lub nabyta; ponadto bywa przyczyną uraz głowy, wreszcie dziedziczna skłonność do chorób umysłowych. Objawy choroby, przebieg, zejście i zmiany anatomiczne mózgu w niczem nie zbaczają od tych, jakie się dostrzega w niedołęztwie porażnem osób starszych. (*Wiener klin. Rundschau*. 1894). *Wachholz.*

## Choroby zakaźne.

Nocard: **Gruźlica u zwierząt domowych.** (*Dictionnaire veterinaire pratique*. Paryż 1892).

Tenże: **Zapobieganie gruźlicy u bydła rogatego.** (Z kongresu nad gruźlicą. Paryż 1893).

Tenże: **O wartości dyagnostycznej tuberkuliny.** (Tamże).

Tenże: **O znaczeniu dziedziczności i zarazka w gruźlicy.** (Tamże).

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Historya obór Paryża jest pod tym względem niemniej przekonywająca. Gdy dawniej wszystkie obory miejskie były tak zakażone, że wszystkie krowy, prowadzone z nich do rzeźni, niszczono jako gruźlicze, obecnie jest rzadkością napotkanie sztuki gruźliczej. A powstało to na skutek radykalnej zmiany w sposobie produkcyi mleka. Właściciele mleczarń kupują krowy świeżo ocielone w okresie największej wydatności mleka i sprzedają je rzeźnikom natychmiast, gdy ta wydatność się zmniejsza. W ten sposób krowa nie przebywa w stajni dłużej niż rok a czas ten, jak doświadczenie uczy, jest zbyt krótkim, by świeżo odprowadzona do obory krowa mająca gruźlicę (naturalnie w pierwszych stadyach trudnych do rozpoznania, inaczej właściciel mleczarni by jej nie kupował) mogła zarazić swoje sąsiadki. W ten sposób Paryż stał się we Francyi miejscowością, liczącą najmniejszy % krów gruźliczych.

Dawniejszy stan obór paryzkich trwa do tej chwili w oborach prowincyonalnych: krowy trzymane tam są dopóty, dopóki właściciel może z nich mieć jakąkolwiek korzyść, 5 do 6 lat co najmniej. Jedna krowa gruźlicza w tych stosunkach do obory wprowadzona wystarczy, by choroba zagnieździła się na stałe, oraz by wszystkie zwierzęta kolejno uległy zakażeniu.

Okoliczności te stwierdzają aż nadto dowodnie, że zakażenie gruźlicą jest możebnem tylko przy bezpośredniem i długotrwałem obcowaniu. Stwierdzenie okoliczności, że dziedziczność w rozszerzaniu się gruźlicy u bydła gra rolę podrzędną oraz dokładne określenie sposobów zarażania się sztuk jednych od drugich jest dla hodowców okolicznością nadzwyczaj ważną i pocieszającą. Umożebnia ono bowiem odnowienie stad nawet najbardziej zarażonych stosunkowo niewielkim kosztem i w przeciągu krótkiego czasu; potrzeba bowiem tylko starannie oddzielić młode zarówno od zetknięcia z matkami jak i w ogóle z zakażonemi zwierzętami. Jest to bardzo ważnem szczególniej w przypadkach, gdzie chodzi o zachowanie jakiej rzadkiej lub cennej odmiany. We wszystkich przypadkach, gdzie Nocard zapewnił, że młode, uznane za zdrowe za pomocą próby tuberkuliną pozostaną zdrowemi pod warunkiem, że się je uchroni od zetknięcia z zarażonemi indywiduami, niedaleka przyszłość zapatrywanie to potwierdziła.

Skoro tedy zarażenie się gra w rozpowszechnieniu gruźlicy rolę najważniejszą, zdawałoby się, że możnaby złemu zapobiedz, oddzielając starannie zwierzęta chore od zdrowych i desinfekcyonując dokładnie obory zakażone. Do ostatniej jednak chwili takie oddzielenie, na pozór proste, było w praktyce niewykonalne.

Nie ma bowiem nic trudniejszego nad rozpoznanie kliniczne gruźlicy u bydła, szczególniej w pierwszym okresie rozwoju. Bywało mnóstwo przypadków, że nagradzano zwierzęta na konkursach na skutek ich pięknego wejrzenia a mimo to zwierzęta były w znacznym stopniu gruźlicze. W roku

ubiegłym w miasteczku Marmande nagrodzonym został wół opasowy. Nabył go rzeźnik za 800 franków. Pokazało się, że był on dotknięty gruźlicą płuc, opłucny, otrzewny i jako taki nie mógł być na zasadzie ustawy obowiązującej na jatki użyty i mięso uległo zniszczeniu.

Obecnie jednak te trudności rozpoznania zmniejszyły się znakomicie dzięki tuberkulinie, która z zadziwiającą, niemal cudowną dokładnością pozwala odkrywać najdrobniejsze zmiany gruźlicze, które się niczem na zewnątrz nie objawiają.

Od początku roku 1891. aż do połowy roku 1893. wykonał Nocard z pomocą kilku weterynarzy przeszło 1500 prób z tuberkuliną. W każdej oborze, w której wykonano doświadczenia, zabijano dla sprawdzenia co najmniej jedną sztukę. Wybierano zazwyczaj okazy takie, które pomimo wyjątkowo pięknego wejrzenia oddziaływały mocno na tuberkulinę. We wszystkich bez wyjątku przypadkach sekcya potwierdziła rozpoznanie za pomocą tuberkuliny zrobione, najczęściej znajdowano zmiany drobne, nieliczne, zdarzało się jednak, że pomimo pozornie pięknego wejrzenia zwierzęcia, mięso jego nie było do użytku zdatne, tak liczne były zmiany gruźlicze; bywały naodwrót przypadki, że trzeba było mocnego przeświadczenia o nieomylności wskazania za pomocą tuberkuliny, by nie stracić cierpliwości przy sekcyi i szukać uporczywie ognisk drobnych, znajdowanych wreszcie gdzieś głęboko pod warstwą tłuszczu w jednym lub kilku gruczołach śródpiersia lub pozagardzielowych.

W ten sposób wykonał Nocard 124 sekcye z wynikiem potwierdzającym wskazania tuberkuliny co do istnienia gruźlicy oraz 78 sekcyj odwrotnych t. j. na zwierzętach takich, które na tuberkulinę nie reagowały; nic też w tych ostatnich przypadkach pomimo starannych poszukiwań nie znalazł. W 9 przypadkach, w których zwierzęta klinicznie przedstawiały wyraźny obraz gruźlicy, gorączka maskowała wpływ rozpoznawczy tuberkuliny, w takich jednak daleko posuniętych przypadkach rozpoznanie kliniczne zupełnie wystarcza i nie potrzeba uciekać się do tuberkuliny.

W przypadkach innych chorób już to ostrych już to chronicznych, tuberkulina nic nie wpływa na podniesienie się ciepłoty. Nocard wylicza w ten sposób zbadane 3 przypadki czerwiowego zapalenia oskrzeli i płuc *(bronch. vermineuse)*, 5 przypadków przewlekłego zapalenia płuc, 1 przypadek rozedmy płuc, 2 przypadki promienicy szczęk, 1 przypadek promienicy przełyku, 2 przypadki promienicy języka, 1 przypadek zapalnego guza śródpiersia, 8 *distomatosis hepatis*, 4 bąblowca płuca i wątroby, 1 zapalenia osierdzia, 2 przewlekłej biegunki, 1 ropnego zapalenia macicy.

Dwie krowy dotknięte promienicą szczęki oraz jedna chora na zapalenie płuc, które wszakże na tuberkulinę oddziaływały przez podniesienie się ciepłoty o 2,1° do 2,9°, okazały się równocześnie chorem i na gruźlicę.

W jednym przypadku 18 sztuk bydła w Bois-Bondrau, uznanych klinicznie za gruźlicze, na zasadzie ujemnego wskazania przy próbie za pomocą tuberkuliny uznano za wolne od gruźlicy. Istotnie po zabiciu jednej z najbardziej podejrzanych sztuk pokazało się, że zwierzęta chorują na czerwiowe zapalenie oskrzeli *(bronchite vermineuse)*.

Ostatecznie Nocard przychodzi do wniosku, że „tuberkulina jest środkiem nieporównanej wartości rozpoznawczej. Tam gdzie tuberkulina wskazuje obecność gruźlicy, oględziny zaś żadnych zmian nie wykazują, można twierdzić, że oględziny źle wykonano i zmiany gruźlicze przeoczono, należy więc oględziny powtórzyć szczegółowo a ognisko gruźlicze nieraz bardzo drobne znajdzie się napewno. W tych przypadkach, gdzie zwierzęta dotknięte innemi chorobami oddziaływają na tuberkulinę, należy przypuszczać równoczesne istnienie ognisk gruźliczych".

Posiadając w ręku tak potężny środek rozpoznawczy, jak tuberkulina, nie jesteśmy już obecnie bezsilni, gdy idzie o zapobieganie rozszerzaniu się gruźlicy.

Wystarczy do tego:

1° Starannie oddzielić zwierzęta zdrowe od takich, które za pomocą tuberkuliny za chore uznano.

2° Dla zwierząt zdrowych przeznaczyć oborę nową lub starannie zdesinfekcyonowaną.

3° Do takiej obory nie wpuszczać na stały pobyt żadnego zwierzęcia bez wypróbowania go za pomocą tuberkuliny.

4° Zwierzęta wskazane jako chore tuczyć szybko i oddać na rzeź.

Punkt ostatni wymaga może paru słów wyjaśnienia. Ponieważ tuberkulina wykazuje zazwyczaj chorobę w początkowych okresach jej rozwoju, dlatego też tuczenie takich zwierząt udaje się nadzwyczaj łatwo a zmiany po zabiciu znajdowane nie będą nigdy tak wielkie, by nadzorca rzeźni musiał mięso niszczyć. Chodzi tu jedynie o jaknajrychlejsze usunięcie takich zwierząt, aby zapobiedz przejściu choroby w stadya niebezpieczniejsze. W ten sposób właściciel zwierzęcia zyskuje podwójnie. Uchrania inne sztuki od zakażenia i nie traci materyalnie nawet na chorej sztuce. Ostatniego przepisu, t. j. przeznaczania sztuk chorych na rzeź, przestrzegać trzeba pilnie a przedewszystkiem pod żadnym pozorem nie przeznaczać sztuk podejrzanych na rozpłodzenie.

Zaprowadziwszy powyższe proste sposoby, zyskalibyśmy daleko więcej, niż przez wprowadzanie najbardziej surowych ustaw policyjnych co do niszczenia sztuk chorych.

Przedewszystkiem powinniśmy się starać o jak najszersze rozpowszechnienie znajomości pożytku tuberkuliny; właściciele obór powinni, nie czekając interwencyi rządu, starać się o zmniejszenie klęski, co się udać może przy niewielkim nakładzie pracy i kosztów. Inicyatywą prywatną w tym względzie wyprzedzić powinny towarzystwa rolnicze i weterynarskie. Rzecz prosta, że współudział ministeryum handlu i rolnictwa grać tutaj może rolę niepoślednią. Pożądanem by było n. p. niedopuszczanie do konkursów państwowych tych okazów na rozpłód przeznaczonych, które nie wyszły zwycięzko z próby za pomocą tuberkuliny jak to już zrobiono w Danii.

Wszystkie wnioski Nocarda, przedstawione przez niego na kongresie przeciwgruźliczym w Paryżu w 1893., przyjęte zostały przez członków kongresu jednomyślnie.

Popularne streszczenie powyższej pracy Nocarda rozrzucono w celach agitacyjnych po całej Francyi w setkach tysięcy egzemplarzy. *O. Bujwid.*

## Patologia.

Bechterew (w Petersburgu): **Wpływ zapalenia urazowego kory mózgowej na jej pobudliwość.**

W doświadczeniach z wycinaniem ograniczonych części kory mózgowej dostrzegł B., że w tych partyach kory, w których w następstwie urazu zadanego wytwarza się zapalenie, pobudliwość wzrasta znacznie. Zjawisko to skłoniło autora do wykonania kilku doświadczeń na małpach, z których zdaje sprawę. Zbadawszy pobudliwość sfery psychomotorycznej kory mózgowej po jednej stronie (przez oznaczenie siły prądu indukcyjnego, potrzebnej do wywołania jak najmniejszego ruchu kończyny przeciwległej), wycinał wszystkie miejsca, z których można było przez zadrażnienie wywołać ruchy jednej kończyny. Po kilku dniach, gdy objawy porażenia będące następstwem ekstyrpacyi poczęły już ustępować, odsłaniał B. na nowo uszkodzone części mózgu i symetryczne miejsca drugiej półkuli w celu badania pobudliwości tych okolic kory, które otaczają miejsce uszkodzone a dla porównania symetrycznych okolic drugiej półkuli mózgowej.

Doświadczenia te wykazały, że w sąsiedztwie zniszczonego miejsca kory, pobudliwość była nadzwyczaj podniesioną, co wyrażało się nietylko przez to, że siła prądu potrzebnego do wywołania jak najmniejszego ruchu kończyną była bardzo mała, ale że do sprowadzenia napadu epileptycznego wystarczał prąd tak słaby, któryby u zwierząt prawidłowych nie był w stanie wywołać najsłabszych skurczów mięśniowych. W niektórych przypadkach pobudliwość była tak wy-

górowana, że drobne (?) podrażnienie mechaniczne jak dotknięcie gąbką (!) wystarczało do wywołania silnych drgawek w przeciwległej połowie ciała.

(Sprawozdawca w doświadczeniach przeprowadzonych z prof. Cybulskim miał niejednokrotnie sposobność zauważyć u małp w ciągu doświadczenia dłuższy czas trwającego takie podwyższenie pobudliwości, jako następstwo nie zapalenia, lecz samego odsłonięcia kory, a co najwyżej lekkiego przekrwienia. Podobnie i w jednym przypadku u człowieka, któremu w klinice krakowskiej z powodu nowotworu opony twardej odsłonięto korę mózgową, zauważyliśmy wystąpienie napadu epilepsyi Jacksona pod wpływem lekkiego dotykania się kory mózgowej, będącej w stanie zapalenia). Bechterew dostrzegł nadto, że w otoczeniu rany z czasem przychodzi do wytworzenia się na nowo usuniętych ośrodków korowych, albowiem udawało mu się wywołać ruchy porażonej kończyny przez drażnienie kory w sąsiedztwie wyłuszczonego ogniska, w miejscu, którego drażnienie przedtem nie dawało zgoła żadnych ruchów.

Dalszem badaniem kwestyi, jak długo utrzymuje się podwyższenie pobudliwości, jak się zachowuje czas utajonego podrażnienia (?) pod wpływem urazowego zapalenia kory i in. zajmuje się pod kierunkiem autora Żukow. Tymczasem podaje B. rezultaty z tych badań, z których wynika:

1) że czas utajonego podrażnienia kory pod wpływem zapalenia traumatycznego znacznie się skraca;

2) podwyższona pod wpływem zapalenia pobudliwość ośrodków zmniejsza się wskutek wycięcia symetrycznych przeciwległych ośrodków.

3) Ośrodki motoryczne nowowytworzone pod wpływem zapalenia, mogą po usunięciu ich na nowo powstać w sąsiedztwie. (*Neurolog. Centralblatt* 1895. Nr. 1). *Beck.*

## Fizyologia.

M. Reiner i J. Schnitzler: **O drogach odpływu dla płynu mózgo-rdzeniowego** *(liquor cerebro-spinalis)*.

Autorowie wprowadzali u psów kuraryzowanych w dolnej części rdzenia do przestrzeni podpajęczej (*spatium subarachnoideale*) jużto ciała rozpuszczone w wodzie, jak żelasinek potasu, już też zawiesiny jak oliwę i badali, czy i kiedy wstrzyknięte substancye zjawiają się we krwi żyły szyjnej i żyły udowej. Żyła szyjna była tak odpreparowaną, że odprowadzała krew tylko z wnętrza czaszki pochodzącą bez przymieszki krwi z twarzy i szyi. Wynik doświadczeń tych był następujący:

Żelasinek potasu pojawia się najpierw we krwi żyły szyjnej, niż udowej. Z tego wynika, że płyn wprowadzony do przestworu subarachnoidealnego dostaje się wprost do żył mózgowych. Wstrzykiwania oliwy przekonały autorów, że podwyższenie ciśnienia płynu mózgo-rdzeniowego zmniejsza ilość krwi przepływającej przez mózg. Badanie zaś mikroskopowe krwi z żyły szyjnej wykazały, że oliwa dostaje się także do krwi żylnej, wypływającej z mózgu. Muszą przeto zdaniem R. i S. istnieć bezpośrednie komunikacye między naczyniami żylnemi a jamami surowiczemi mózgu, a komunikacye te upatrują autorowie prawdopodobnie w otworach (*stomata*), jakie analogicznie znaleziono w środku ścięgnistym (*centrum tendineum*) przepony. (*Fragmente aus der experimentelle n. Pathologie*, herausgegeben von Prof. Stricker. Wien 1894. Deuticke). *Beck.*

## Zapiski terapeutyczne.

**21.** Lebreton i Magdelaine: Leczenie błonicy surowicą swoistą. Od 1. Października do 25. Grudnia r. z. leczyli autorowie w szpitalu *des Enfants-Malades* w Paryżu 258 dzieci na błonicę, z których umarło 31 czyli 12% a jeżeli od tych 31 odejmie się jeszcze 8 przypadków, w których śmierć nastąpiła w przeciągu najbliższych 24 godzin po przyjęciu do szpitala a przed leczeniem surowicą, to pokaże się, że na 250 przypadków zakończyło się śmiercią 23 czyli 9·2%.

Tracheotomię wykonano z koniecznej potrzeby 24 razy z 9 czyli 37·5% przypadkami śmierci, intubacyę zaś 51 razy.

Na wszystkich 258 przypadków było 147, w których badanie mikroskopijne wykazało różne gatunki bakteryj i na nie przypada 19 przypadków śmierci.

Na 1200 injekcyj surowicy tylko jedna przeszła w ropienie; innych przypadów w miejscu wstrzyknięcia nigdy nie było. Natomiast z przypadów ogólnych wymienić należy osutki skórne i białkomocz.

Co do osutek, były one bardzo rozmaite: w postaci pokrzywki, rumienia jak w płonicy lub odrze lub wielopostaciowego i ukazywały się w rozmaitych czasach po wstrzyknięciu surowicy, średnio między 8. a 11. dniem i po różnych dawkach surowicy. W ogólności widziano je w 70-ciu przypadkach.

Białkomocz wykazano u 140 chorych i to 83 razy przy przyjęciu do szpitala lub w najbliższych 48 godzinach, 57 razy w okresach późnych choroby, nawet w samym jej końcu.

Porażenia widziano tylko bardzo rzadko, może dlatego, że po ustąpieniu błonicy oddawano dzieci zaraz rodzicom.

W ogólności przeto surowicę swoistą trzebaby obecnie uważać za najlepszy środek przeciw błonicy; ponieważ jednak po jej wstrzyknięciu nieraz podnosi się ciepłota, pokazuje białkomocz a stan ogólny czasem staje się niepokojącym, chociaż nieraz tylko przelotnie, przeto autorowie nie uznają potrzeby stosowania surowicy sposobem zapobiegawczym u dzieci zdrowych, które stykały się z osobami cierpiącemi na błonicę.

Z przyczyny dławca intubowano 51 przypadków, z których 14 zakończyło się śmiercią a 37 wyzdrowieniem. Z tych 14 przypadków zakończonych śmiercią (= 27·45%) w połowie nastąpiło zejście niepomyślne w czasie krótszym od 24 godzin po przyjęciu do szpitala z przyczyny zapalenia płuc i oskrzeli, zapalenia samych tylko oskrzeli, ogólnego zakażenia tak, że na dzieci intubowane i leczone surowicą przypada tylko 18·7% przypadków śmierci.

Jakkolwiek przeto skuteczność intubacyi nie ulega wątpliwości, pamiętać należy, iż operacya ta jest subtelna i trudna i wymaga, by nad dzieckiem w ten sposób leczonem czuwał nieustannie lekarz, mający już wprawę do tej operacyi i mogący ją w razie potrzeby powtórzyć, czyli innemi słowy, intubacya pozostanie procedura szpitalna a w praktyce prywatnej w mieście da się zastosować tylko przy pomocy nieustannej biegłego w niej lekarza.

W dyskusyi nad tym odczytem zwraca uwagę Chantemesse, że co się tyczy leczenia zapobiegawczego w błonicy, potrzeba do tego bardzo małych dawek (1 do 2 cm.$^3$) surowicy, po których nie można się obawiać żadnego wpływu szkodliwego.

D'Heilly przytacza, że u dzieci na dławiec chorych a intubowanych widział nieraz zapalenie płuc i oskrzeli powstałe jakoby z dostania się przez tubus do dróg oddechowych cząstek pokarmów i zapytuje się Dra Lebretona, czy i on czegoś podobnego nie widział.

Na to oświadczył Lebreton, iż i jemu wydaje się, że zapalenia płuc i oskrzeli trafiają się częściej po intubacyi niż po tracheotomii. Pacyenci jego spożywali jednak tylko rosoły i zupy. (*La semaine médicale* 6. Lutego 1895).

**22.** O wyborze soli chininowych i najstósownniejszym sposobie ich zadawania.

Biorąc pochop z okazyi wyprawy francuskiej do Madagaskaru zajęło się Towarzystwo terapeutyczne w Paryżu naprzód zbadaniem, jaki przetwór chininy jest najpraktyczniejszy.

Dawniej, jak wiadomo, używano najwięcej siarkanu chininowego zasadowego (*chininum sulfuricum basicum*), który przez dodanie stósownej ilości roztworzonego kwasu siarko-

wego przemieniano w siarkan chininowy obojętny (*chininum sulfuricum neutrum*). Ponieważ w ostatnich latach weszły w użycie powszechne wodobromek i wodochlorek chininy (*chininum bromatum* i *muriaticum*), przeto zbadano najpospolitsze przetwory chininy pod względem ich zasobu samegoż alkaloidu i ich rozpuszczalności w wodzie; pokazało się, że

| | | |
|---|---|---|
| siarkan zasadowy | zawiera chininy | 74·31% |
| siarkan obojętny | „ „ | 59·12% |
| wodobromek zasadowy | „ „ | 76·60% |
| wodobromek obojętny | „ „ | 60·00% |
| wodochlorek zasadowy | „ „ | 81·71% |
| wodochlorek obojętny | „ „ | 81·61% |

a rozpuszczają się:

| | | |
|---|---|---|
| siarkan zasadowy | w 581 | częściach wody w 15° C. |
| siarkan obojętny | „ 11 | „ „ „ „ „ |
| wodobromek zasadowy | „ 45 | „ „ „ „ „ |
| wodobromek obojętny | „ 6·33 | „ „ „ „ „ |
| wodochlorek zasadowy | „ 23·73 | „ „ „ „ „ |
| wodochlorek obojętny | „ 0·66 | „ „ „ „ „ |

Najkorzystniej przeto do wstrzykiwań podskórnych z obydwóch względów używać wodochlorku chininy obojętnego.

Ta nadzwyczajnie łatwa rozpuszczalność nie wchodzi oczywiście w rachubę, gdy chodzi o powolne, ale ciągłe działanie chininy, n. p. w celu ochronienia sposobem zapobiegawczym od zimnicy, ale i tak wodochlorek chininy będzie tu najodpowiedniejszym, ponieważ zawiera najwięcej alkaloidu.

Co do sposobu zadawania chininy, orzekło Towarzystwo, że wymaga się zgubienia smaku i łatwej manipulacyi i przekonano się, że bardzo dobrą formą zadawania leku, o którym mowa, jest powłoczka z galarety t. j. torebki lub perełki a nawet pigułki rozpadają się łatwo w żołądku. (*La médecine moderne* 6. Lutego 1895).

**23.** Galvagni: Wstrzykiwanie w żyły chlorku i dwuwęglanu sodowego przeciw zapadowi w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego. Autor, profesor kliniki lekarskiej w Modenie, jest zdania, że porażenie serca, któremu ulega tak wielu chorych na włóknikowe zapalenie płuc, pochodzi ze krzepnienia krwi w sercu i dlatego wpadł na myśl wstrzykiwania w razie niebezpieczeństwa zapadu do żył wyjałowionego roztworu zawierającego 0·75% chlorku sodowego i 0·50% dwuwęglanu sodowego, który ma przeszkadzać rzeczonemu krzepnieniu krwi. Z 8 przypadków przez autora w ten sposób leczonych dwa przybyłe do kliniki już w agonii zakończyły się śmiercią, 6 zaś innych, w których wstrzyknięto do żył po 200 gramów wymienionego roztworu, gdy tętno było już słabe i nieregularne, zakończyło się pomyślnie. (*La semaine médicale* 6. Lutego 1895).

Wątpić należy, czy ta metoda zdoła się przyjąć w praktyce z powodu trudności technicznych, o które rozbijają się także i wstrzykiwania sublimatu w żyły zalecane przez Baccellego (por. Nr. 37. *Przeglądu lek.* z r. z.).

**24.** Gubarów (w Dorpacie): Leczenie eklampsyi. Opierając się na wyleczeniu sześciu z rzędu przypadków eklampsyi radzi autor następujące leczenie: morfina podskórnie w dawkach średnich (po $1^1/_2$ centygrama) po sześć razy dziennie, lewatywy z chloralu (chloroform do narkozy tylko podczas operacyj) a co najważniejsze, podniecenie czynności skóry przez częste obmywania ciepłe, wycieranie skóry mięszaniną octu, soli kuchennej i wyskoku, utrzymywanie wysokiej ciepłoty powietrza a szczególniej zastosowanie wysokich stopni ciepła na okolicę nerek za pomocą pęcherza gumowego napełnionego wodą gorącą. Pod wpływem takiego leczenia widział autor zmniejszenie się ilości białka a powiększenie się ilości moczu. Wewnętrznie zadaje się mleko, stósowne wody mineralne i sól gorzką i glauberską. Tylko w jednym przypadku okazał się potrzebnym upust krwi ze żyły. (*Centralblatt für Gynaekologie.* 5. 1895).

## IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

**Posiedzenie z dnia 23. Grudnia 1894 r.**

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Obecnych członków 12.

1) Przewodniczący podaje do wiadomości, że proff. Bujwid i Adametz przyjęli wybór na członków Komisyi i że uchwałę tę Komisyi Tow. lek. krak. zatwierdziło uchwałą z dnia 5. Grudnia 1894.

2) Przyjęto do wiadomości pismo mag. farm. Dobrowolskiego, w którem zawiadamia, że zasięgnie zdania Komisyi co do wewnętrznego urządzenia fabryki opatrunków i przyborów leczniczych, skoro tylko przezwycięży trudności w uzyskaniu pozwolenia władz przemysłowych na założenie fabryki tej w Podgórzu.

3) Uchwalono prosić proff. Jaworskiego i Olszewskiego o sprawozdanie dalsze o stanie fabryki wód gazowych K. Rzący i Chmurskiego a to w tym celu, by fabryka ta dotąd wzorowo prowadzona, była pod ciągłym nadzorem Komisyi i by konsumenci mieli tę pewność, że fabrykacya wód gazowych i obecnie odbywa się w sposób należyty.

4) Przyjęto do wiadomości świadectwa lekarskie i weterynarskie o dobrym stanie zdrowia krów i służby stajennej w Śledziejowicach.

5) Przyjęto do wiadomości, że PP. Mossoczy i Pytlarski założyli w Krakowie skład przyrządów chemicznych i bakteryologicznych, wyrabianych przez firmę Rohrbeka, co przy obecnem stanowisku nauki ułatwia nawet lekarzom praktycznym zaopatrywanie się w te przyrządy w składzie krajowym, dopóki w kraju nie powstanie fabryka, któraby wyrabiała te przyrządy.

6) W sprawie uprawy roślin lekarskich i zbierania roślin lekarskich dziko rosnących, uchwalono uprosić członka Komisyi, mag. farm. Sobierajskiego, by z współudziałem zaproszonych do tego znawców, prof. Czarnomskiego i asystenta P. Brzezińskiego, opracował zebrany dotychczas materyał i w odpowiedniem czasopiśmie umieścił artykuły o potrzebie uprawy i o korzyściach zbierania roślin leczniczych.

7) Upoważniono Dra Ludomiła Korczyńskiego, by opracował sprawozdanie ze spółczesnej literatury balneologicznej krajowej i ze stanu zdrojowisk krajowych do czasopism zagranicznych tak, jak to w roku 1887. uczynił ś. p. Doc. Dr. Smoleński w tomie 218 *Roczników lekarskich* Schmidta. W celu dostarczenia referentowi potrzebnego materyału literackiego i statystycznego uchwalono wystosować odpowiednią odezwę do Zarządów krajowych zdrojowisk i uzdrowisk.

Sekretarz komisyi przem. lek.: *Dr. Michał Śliwiński.*

## V. O dopuszczeniu kobiet do studyów lekarskich [1].

Napisał

Prof. Rydygier.

Ehret die Frauen
Sie flechten und weben
Himmlische Rosen
In's irdische Leben.
*Schiller.*

Kilka słów poważnych powiedzieć w sprawie dopuszczenia kobiet do studyów lekarskich nie będzie z pewnością od rzeczy właśnie teraz, kiedy ta sprawa tak modna natarczywie a coraz bliżej i do nas przystępuje.

Biorąc rzecz zasadniczo, to równouprawnienie kobiet z mężczyznami jest nonsensem, bo się sprzeciwia odwiecznym prawom natury. Dopóki kobieta jest przeznaczoną do rodzenia dzieci i karmienia niemowląt, jak na to wskazuje

[1] Pisząc do pisma lekarskiego, traktuję całą sprawę tylko ze stanowiska lekarskiego i potrzeb studyów lekarskich.

sama budowa jej narządów, to stanowczo ani mowy być nie może o równouprawnieniu z rodzajem mezkim. Tak już w całej przyrodzie Pan Bóg rzeczy ułożył, albo kto woli, niech powie, tak już w całej przyrodzie rzeczy się ukształtowały, że role są podzielone nietylko u ludzi, ale i u zwierząt a nawet roślin.

Dopóki u mnie w Mydlnikach słowik śpiewa i żer przynosi samicy w gniazdku siedzącej, dopóty ja w równouprawnienie nie uwierzę.

Tyle w kwestyi zasadniczej, z której wywodzi się prawo kobiet do przyjęcia wszelkich zatrudnień mezkich — a raczej do pożądania takich, które dają zaszczyty i godności obok znaczniejszych dochodów.

A teraz przejdźmy do specyalnego naszego pytania.

Z góry przypuszczam na zasadzie równouprawnienia, że nikt nie śmie się odezwać, żeby kobiety mogły inaczej przystąpić do studyów lekarskich, jak po zdaniu matury w gimnazyach z takim samym zakresem nauk, jak gimnazya męzkie. Otóż tedy naprzód stwierdzam, że obecnie takich kandydatek u nas wcale nie ma.

Przypuśćmy jednak, że z czasem mogłyby się takie kandydatki znaleść. To i wtenczas jeszcze musiałbym się stanowczo oświadczyć przeciwko przypuszczeniu takich kandydatek do studyów lekarskich a to z następujących przyczyn.

Jeżeli mamy przystąpić do tak daleko sięgających reform, które zmieniają a raczej zmienić mają przyrodzony i wiekami uświęcony ustrój społeczny, to muszą być do tego arcypoważne i naglące powody. Czy tak rzeczywiście jest? Czy jest może brak wielki lekarzy? Ależ przeciwnie! Statystyka wykazuje i ciągle w pismach lekarskich czytamy, że jest przepełnienie studyów lekarskich, że mamy nadmierną liczbę lekarzy (*hyperproductio*).

Na to wołają zwolennicy i zwolenniczki przypuszczenia kobiet do studyów lekarskich: a cóż to przeszkadza temu, żeby kobiety poświęcały się medycynie? co za egoizm mężczyzn, strach przed konkurencyą, kobiece zawody są także przepełnione, zkądże tylko kobiety mają ciągle zajmować poślednie stanowiska szwaczek i skromne nauczycielek i t. d.!

Przepraszam bardzo, przedewszystkiem jeszcze raz odwołuję się do uporządkowania całej przyrody: tak już raz jest na świecie, że kobieta jest skazana na dom i zatrudnienie w nim; a szczytne to zadanie, które najwięksi poeci tak gorąco sławili i na tem opiera się nasz cały szacunek dla kobiet, na tem wielkie ich uprzywilejowanie.

Słyszę stereotypową odpowiedź, że przecież nie wszystkie kobiety wychodzą, ani nie mogą wyjść za mąż, więc też ani domu własnego nie mają, ani strzedz nie mogą domowego ogniska. Nie wchodzę bynajmniej w to, czy i o ile kobiety same przyczyniają się do coraz większej niechęci mężczyzn do ślubów małżeńskich przez wygórowaną chęć do strojów i zabaw a niechęć do pracy w domu, przyczyniającej środków do utrzymania ogniska domowego; natomiast podnieść muszę, że nawet dzisiaj jeszcze kobiety niewychodzące za mąż stanowią mały odłamek rodzaju żeńskiego. Dla wyjątków nie zmienia się porządku społecznego uświęconego wiekami. Tem mniej mamy do tego powód, im więcej pozostaje jeszcze dotychczas zawodów odpowiednich dla kobiet a przez nie niewyzyskanych.

Zawód lekarski z pewnością do tych zawodów nie należy, przeciwnie ani siły fizyczne, ani umysłowe kobiet do niego nie dorosły. Zaraz tego dowiodę.

Najzapaleńsi zwolennicy a nawet same zwolenniczki nie twierdzili nigdy, żeby kobiety nadawały się do wykonywania chirurgii, a są jeszcze i inne gałęzie naszej nauki, n. p. choroby weneryczne u mężczyzn, które z góry bywają wykluczane, jako zatrudnienie nie nadające się dla kobiet. Taki niekompletny lekarz-kobieta, to bastard lekarza. Wszakże zawsze zgodnie wszyscy twierdziliśmy i do dziś dnia to uchodzi za niewzruszoną zasadę nauk lekarskich, że nie można się uczyć różnych z osobna gałęzi medycyny, ale całość trzeba umieć i znać, chociażby później specyalizowano się w jednym kierunku. Tak więc przy takiem wykluczeniu z góry kilku gałęzi medycyny jako nieodpowiednich dla kobiet ucierpiećby musiała już sama nauka medycyny.

Jeszcze gorzej wyszłaby na tem praktyka. Zwykle słyszymy i jako argument główny bywa podawany, że z przyszłych kobiet-lekarzy dlatego właśnie największe błogosławieństwo spłynęłoby na ludzkość, że kobieta mniej wymagająca osiedlałaby się po wsiach, w zakątkach, których dzisiaj każdy lekarz unika i tam nie tylko pomocy lekarskiej udzielałaby ubogiej opuszczonej ludności, ale zarazem szerzyłaby oświatę i t. d., i t. d. się deklamuje. Nie mówię wcale o tem, czy i o ile kobiety takie, które poświęciły się medycynie, zdolne są do krzewienia oświaty pomiędzy ludem i jakby ta oświata wyglądała? tego jednak przemilczeć nie mogę, że medycyna i leczenie źleby na tem wyszły. Właśnie w takich zakątkach odległych lekarz nieobeznany z całą medycyną i niepraktykujący we wszystkich jej gałęziach to *absurdum*. Jak sobie da radę taki lekarz-kobieta ze zwichnięciem w stawie biodrowym i innemi? Tu już nawet sama znajomość chirurgii nie pomoże, ale siły — siły męzkiej potrzeba do odprowadzenia. Jak sobie da radę taki lekarz-kobieta w przypadkach, gdzie bujaj brzuch rogiem rozpruł ubogiemu wieśniakowi i jelita wypadły, gdzie krew się leje strumieniami, gdzie w bójce w karczmie pijani rozbili sobie głowy lub nożem się pokaleczyli? Wszak to tak częste przypadki na wsi! Jeszcze jeden przykład: Ubogiemu wieśniakowi uwięza przepuklina pachwinowa — czy on zawoła, czy on ma zawołać kobietę-lekarza? Czy ten lekarz-kobieta będzie odprowadzał taką przepuklinę? Cóż na to powiedzą zwolennicy i zwolenniczki przypuszczenia kobiet do studyów lekarskich, żeby kobieta manipulowała koło części płciowych u mężczyzny; cóż powiedzą ci, którzy z takiem oburzeniem podają jako jedną z głównych przyczyn swego żądania, że to przecież barbarzyństwo, skandal, żeby kobietę chorą zmuszać do poddania zbadaniu mężczyźnie swoich części rodnych! Proszę Panów, nie żartujcie sobie z zdrowego rozsądku! Idę dalej: dziś gdzie mamy obowiązek ogólny służenia we wojsku, choroby weneryczne szerzą się i w najodleglejsze zakątki i smutnie znacząc postęp cywilizacyi, wdrapują się nawet na najwyższe szczyty Tatr naszych, jak to niestety wiemy z doświadczenia w Zakopanem. Czy ten góral lub wieśniak ma iść do kobiety-lekarza i dać leczyć jej swój wiewiór (tryper) lub wrzód miękki albo twardy? Sądzę, że chyba żadna Polka się nie znajdzie, któraby się tego podjęła. A cóż wtenczas z nieszczęśliwym chorym się stanie, co z jego rodziną, co ewentualnie z całą osadą? Po cóż taki niby — lekarz, lekarz-kobieta zajmuje

to miejsce i przeszkadza, żeby się tam osiedlił — choćby nie zaraz, to z czasem może — lekarz rzeczywisty, bo wszakże widzimy, że w miarę przepełnienia lekarzami większych miast coraz więcej udaje się do małych miasteczek i wiosek. W najgorszym razie lepiej niech nie będzie tam żadnego lekarza, niż taki lekarz-bastard a w dalszej lub bliższej okolicy znajdzie się rzeczywisty lekarz!

Przechodzę teraz do gałęzi praktyki lekarskiej nadającej się niby specyalnie dla lekarza-kobiety i jako takiej zawsze wysuwanej: do położnictwa i chorób kobiecych. Na pierwszy rzut oka gotowiśmy bodaj uwierzyć, że tutaj kobieta-lekarz, jeśli już nie wyrówna mężczyźnie, przecież jest możliwą, ale gdzież tam! Do tej niby uprzywilejowanej gałęzi kobiecej jest ona tak samo nie zdatną, jak do innych gałęzi medycyny. Wszakże ginekologia, to dzisiaj po większej części chirurgia zastosowana do chorób części rodnych kobiety. Jeżeli nie chcemy obniżyć znowu tej gałęzi, świetnie obecnie rozwiniętej, napowrót do tyle i tak słusznie wyśmiewanej *Glycerin - Watte - Tampon - Gynaekologie*, to chyba nie oddamy jej w ręce kobiety-lekarza. Czy zechciałby kto, znający się choć tylko powierzchownie na ginekologii oddać w ręce kobiety-lekarza owaryotomię, histerektomię i tyle innych operacyj ginekologicznych? operacyj tak wielkich, tak ładnych, że stanowią największą chwałę chirurgii, ale dających tyle powikłań, tyle niespodzianek w stósunku z jelitami i innymi narządami w jamie brzusznej, że tylko cała zimna krew, rozwaga i energia najlepszego mężczyzny właśnie wystarcza do pokonania w lot tych, często nieprzewidzianych trudności i komplikacyj. Cudowne to operacye, cudowne i życie dające ich wyniki, ale precz mi od nich z lekarzem kobietą! Ani siłami ducha, ani ciała do takiego zadania kobieta nie dorosła!

Ale do wykonywania praktyki lekarskiej w położnictwie przecież nie można odmówić kobiecie-lekarzowi zdatności? Niestety i tutaj powiedzieć muszę, że jak niezrównanemi są akuszerkami i żaden mężczyzna z niemi porównania wytrzymaćby nie mógł, tak nie nadają się wcale na lekarzy-akuszerów. Nie polegam tu wcale na własnem zdaniu, ale powołuję się na profesora położnictwa i chorób kobiecych Dohrna, który w tym przedmiocie napisał świetną rozprawę a mógł ją gruntownie napisać, bo się specyalnie tą gałęzią zajmuje i zna jej potrzeby, a mieszkając w Królewcu, miał nawet sposobność stykania się z lekarzami-kobietami z Rosyi. Ciekawy czytelnik znajdzie tę rozprawę w *Dt. med. Woch.* 1893. pag. 179.; ja tylko kilka uwag z niej wyjmuję i swoich dorzucam: I położnictwo wymaga więcej sił fizycznych, niż niemi rozporządza kobieta. Każdy lekarz, który raz wykonał rozwiązanie ciężkie kleszczami, pamięta z pewnością dobrze, z jakiem wytężeniem wszystkich swych sił pracować musiał, jak go jeszcze kilka dni potem mięśnie rąk i pleców bolały. Takich sił „*aerztliches Fräulein*“ nie jest zdolne rozwinąć. A dodajmy do tego, że jak to już na początku podniosłem, przyroda przeznaczając kobietę do innych celów i nie przeczuwając, że jej się kiedyś zachce być lekarzem, inaczej też urządziła jej rozwój: z 15 rokiem panna dorasta, ale po 40. już zaczyna tracić; okres rozwoju i pełnego posiadania sił u kobiety jest daleko krótszy niż u mężczyzny; pozostałoby jej zaledwie 10—15 lat po studyach lekarskich do używania w pełnym rozwoju swych sił, z których potrącić należy jeszcze liczne przerwy z powodu regularności, podczas której znaczna część kobiet nietylko jest niezdolna fizycznie do zajęć, ale nadto nie pozwala jej na nie rozdrażniony ustrój nerwowy. Nie wspominam już wcale o ewentualnej brzemienności i późniejszem klimakteryum. Jakże taki lekarz-kobieta z tak częstemi przeszkodami, wynikającemi z jego ustroju, a nie przypadkowemi, mogłaby skutecznie wypełniać obowiązki swej praktyki?

A władze umysłowe czy dopisałyby lekarzowi-kobiecie przy trudnych połogach? Czy miałby on tyle oporności i stałości umysłu, żeby przywołany do połogu przeciągającego się, ale nie wymagającego operacyjnego zakończenia, oprzeć się zdołał błaganiom matki, męża, ciotek i samej rodzącej, błagających o skrócenie cierpień i ukończenie porodu?! Trzeba wiedzieć, jak całe to otoczenie umie schlebiać, wychwalać, sławić dobroć, wielkość i moc doktora, który byłeby chciał, mógłby od razu uwolnić męczącą się ofiarę. Na to potrzeba całej stałości męskiego charakteru, żeby się takiej pokusie oprzeć: tutaj leżą narzędzia, któremi umiesz władać, potrzebujesz ich tylko użyć, nawet czasem bez wszelkiej szkody dla rodzącej — lecz niepotrzebnie; ale za to uzyskasz dozgonną wdzięczność całego otoczenia, pokażesz, żeś rzeczywiście tych pochwał wart, że rzeczywiście umiesz dużo i pomódz możesz — w przeciwnym razie musisz siedzieć kilka a nawet kilkanaście godzin; wszystko zakończy się samo bez twojej pomocy. Chyba wąż w raju gorzej nie mógł kusić i wybrał sobie kobietę i dopiął swego. Bodaj czy obecna generacya kobiet jest oporniejsza! Tak wielkiej stałości w takich razach potrzeba, że doświadczony mój nauczyciel Pernice dawał zwykle taką radę, żeby młody lekarz, jeżeli znajdzie się w takim przypadku na wsi i przekona się, że wszystko prawidłowo postępuje a jeszcze kilka godzin czasu do ukończenia, najlepiej wyjechał z mężem na polowanie, bo trudno będzie mu się oprzeć ciągłym prośbom.

Nie będę się powtarzał, żeby wykazać, że również do wykonywania wielkich operacyj położniczych, jak cięcia cesarskiego i t. p. kobieta nie jest zdolna.

Tak więc i w tej gałęzi medycyny nie pozostaje nic innego kobiecie, jak to, do czego już dziś ma przystęp, a do czego u nas dotychczas kobiety inteligentniejsze i z lepszych rodzin wcale się nie garną, a przez co mogłyby oddać daleko większe usługi społeczeństwu a sobie zapewnić wcale pokaźne i intratne stanowisko, t. j. zostać akuszerkami. Stan ten dziś u nas poniekąd nie zbyt ceniony, natychmiast nabrałby innego znaczenia, gdyby inne elementa go składały. Właśnie ten sam Dohrn powiada, że ma pomiędzy sobie znanemi akuszerkami panie z najlepszego towarzystwa i bardzo inteligentne i te właśnie niezmierne oddają usługi społeczeństwu, nie dające się zastąpić, żadna pracą męską.

„Dla pracowni bakteryologicznych, histologicznych i chemicznych kobieta lekarz stanowi nieoceniony nabytek z swoją pilnością, pracowitością i wytrwałością w siedzeniu“, odzywają się głosy. Nie przeczę temu wcale i przyznaję nawet, że ma prócz tego jeszcze inne, specyalne zalety, ale na to nie trzeba, żeby została lekarzem, bo tych przeważnie technicznych rzeczy można się w kilku latach nauczyć, nie ukończywszy studyów lekarskich. Wiem n. p. o takich inteligentnych posługaczach, którzy w pracowniach profesorowi

prawie gotowe już preparaty histologiczne pod mikroskop podają, a czemużby tego daleko dokładniej i w obszerniejszym zakresie wykonać nie mogła wykształcona kobieta? Zresztą trudno zaprowadzać tak daleko idące zmiany dla dla tego, żeby otrzymać kilkanaście, nawet kilkadziesiąt tęgich pomocników-kobiet dla pracowni uniwersyteckich; u nas dla naszych 2 lub 3 uniwersytetów ograniczałaby się ta liczba do kilku osób.

Na zakończenie podać muszę kilka dat statystycznych na potwierdzenie powyższych swoich wywodów, chociaż prawdziwie tego one nie potrzebują: Naprzód przytaczam doświadczenie Laskowskiego, sławnego profesora z Genewy i naszego rodaka *(Revue scientifique)*: W ostatnich 17 latach było 175 kobiet zapisanych na wydział lekarski w Genewie. Z tych było 50 Polek, z których 4 ukończyły studya. Z reszty 125 studentek 10 jeszcze zdało egzamin. Jedna z tych 10 umarła, dwie wyszły za mąż i nie praktykują, cztery z wielką biedą utrzymują się z praktyki, a tylko 3 jako tako się powodzi. Co z resztą 115 się stało, nie można się dowiedzieć, ale łatwo się domyśleć! Dalibóg aż nadto odstraszający obraz.

*Rapport présenté au ministre de l'instruction publique sur la situation de l'enseignement supérieur en 1892—1893 par le conseil général des facultés de Paris* podaje, że było zapisanych na medycynę 139 studentek, z tych aż 124 z Rosyi, a tylko 15 Francuzek; to także wymowne liczby. Te lekkie niby Francuzki, żadne pieniędzy przy takiem ułatwieniu, bo przy wydziale lekarskim przyjmującym studentki na miejscu, nie zapisują się.

Aż nadto dowodów na rzecz i tak niewątpliwą! To też nie dziwię się wcale, że nawet w Washingtonie wydział lekarski tamtejszego *Columbian University* zamknął drzwi swych przybytków przed studentkami, które dawniej były przypuszczone do studyów lekarskich.

Precz więc z Polski z dziwolągiem kobiety lekarza! niech nam i nadal słynie chwała kobiet naszych, którą tak ładnie głosi poeta.

## VI. Wiadomości bieżące.

**Kraków dnia 14. Lutego 1895.**

— Z Kałusza otrzymujemy następujące pismo: Wszystkim Szanownym Kolegom, którzy łaskawie czyniąc zadość prośbie mojej pospieszyli z pomocą na rzecz wdowy po kol. L. H., serdeczne składam podziękowanie i donoszę, że uzbierałem kwotę 138 złr. w. a.

*Dr. Wurst.*

— Na uroczystość poświęconą uczczeniu pamięci Wiktora Szokalskiego w Warszawie wysłały stosowne telegramy Towarzystwo lekarskie krakowskie i Redakcya *Przeglądu lekarskiego*.

— W piśmie peryodycznem *Russkaja Medicina* proponuje Idelson, by na 12. międzynarodowym kongresie lekarskim, odbyć się mającym w roku 1897. w Moskwie, w rozwinięciu pierwotnej myśli Dra Dobrzyckiego z Warszawy urządzić wystawę powszechną peryodycznej prasy lekarskiej.

— Na 12. kongresie dla medycyny wewnętrznej, odbyć się mającym, jak już donieśliśmy, w roku bieżącym w Monachium, przyjdą na posiedzeniach przedpołudniowych następujące przedmioty pod dyskusyą: Użycie terapeutyczne żelaza. Sprawozdawcami Quincke z Kilonii i Bunge z Bazylei. Skutki leczenia błonicy surowicą swoistą. Sprawozdawcą prof. Heubner z Berlina. Patologia i terapia zapalenia kiszki ślepej. Sprawozd. Sahli z Berna i Helferich z Gryfii.

— Piąty międzynarodowy kongres otologiczny odbędzie się w roku bieżącym we Florencyi od 23. do 26. Września.

— Według najnowszych wykazów urzędowych praktykuje w okręgu policyjnym paryskim (w samym Paryżu) 2421 (2153) lekarzy, 92 (84) urzędników zdrowia, 1340 (1090) akuszerek, 1200 (960) farmaceutów i 70 (69) dentystów.

— Kupiec P. J. Iliin, który własnym kosztem zbudował pawilon dla chorych dzieci przy miejskim szpitalu w Rostowie nad Donem, ofiarował teraz 1000 rubli na koszta wyrabiania surowicy leczniczej dla tegoż szpitala.

— Fundusz zbierany na uczczenie pamięci prof. Botkina a przeznaczony na zbudowanie schroniska dla podupadłych lekarzy i ich rodzin wynosi obecnie więcej niż 33000 rubli.

— Bakteryolog niemiecki, M. Edel obrachował, że w wodzie wanny użytej przez niego samego było po kąpieli 3 miliardy 860 milionów zarodków.

— W dwudziestu wydziałach lekarskich uniwersytetów Cesarstwa niemieckiego jest w bieżącem półroczu szkolnem zapisanych 7796 uczniów; najwięcej w Berlinie (1220) i Monachium (1125), najmniej w Rostoce (110) i Giessenie (109).

— Według dat świeżo zebranych przez prof. Bollingera w Monachium śmiertelność ze suchot płucnych zmniejsza się w głównych miastach niemieckich i gdy wynosiła na 10.000 mieszkańców w Monachium w 1883. roku 40·8, była w roku 1893. tylko 30·8; w tymże czasie w Berlinie 34·7 i 25·7. Podobnież zmniejszyła się śmiertelność we Frankfurcie nad M., Dreźnie, Altonie, Elberfeldzie, Sztutgarcie i t. d. W Wiedniu słusznie okrzyczanym za miasto specyalnie przez gruźlicę płuc nawiedzone, zmniejszyła się śmiertelność ze suchot płucnych w równym czasie z 69·29 na 47.

To zmniejszenie się śmiertelności z gruźlicy trzeba bezwątpienia przypisać z jednej strony rozmaitym środkom higienicznym, zaprowadzonym względem osób dotkniętych rzeczoną chorobą, z drugiej ogólnej poprawie stosunków sanitarnych po miastach.

— Tak jak w upadłym niedawno gabinecie francuskim Dupuya było dwóch ministrów lekarzy, Dr. Lourties i Dr. Viger, tak i w urzędującym obecnie gabinecie Ribota jest także dwóch lekarzy, Dr. Chautemps, minister osad zamorskich i Dr. Gadaud, minister rolnictwa.

— W dniu 24. Marca r. b. rozpocznie swe czynności w Koimbrze w Portugalii narodowy kongres przeciw gruźlicy pod przewodnictwem Dra Augusta Rochy, naczelnego redaktora dziennika *Coimbra medica*.

— *Zeitschrift für Krankenpflege* podaje jako najlepszy sposób zapobiegania zamarzaniu okien w zimie a przez to pozbawieniu chorych przyjemności wyglądania na świat wycieranie szyb od czasu do czasu kawałkiem skóry, zwilżonej mieszaniną jednej części gliceryny z 20-tu częściami roztworzonego wodą wyskoku.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 1. Lutego w Kamionce Strumiłowej w Galicyi Dr. **Antoni Janiszewski**, lekarz powiatowy, w 41. roku życia na dur osutkowy, którym zaraził się przy swych czynnościach urzędowych jako ofiara swego powołania. Zmarły odznaczał się prawością charakteru i poczuciem honoru stanu lekarskiego. Zamiast wieńca na trumnę zmarłego złożyli koledzy i przyjaciele 25 złr. na fundusz wdów i sierót po lekarzach. — W dniu 5. Lutego w Ostrowie siedleckim lekarz **Jan Załeski**, przeżywszy lat 31. — W dniu 9. Lutego w Warszawie, przeżywszy lat 77, Dr. **Aleksander Przystański**, członek honorowy Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, b. lekarz komitetu policyjno-lekarskiego. Zmarły obchodził przed kilkoma laty 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego. Do ostatnich czasów śledził postęp nauk lekarskich, stale uczęszczał na posiedzenia Tow. lek. warsz. i zostawił piękną bibliotekę z dzieł i czasopism lekarskich polskich. — W dniu 6. Lutego w Wiedniu w 29. roku życia Dr. **Szymon Stefan Blatteis**, były lekarz pomocniczy szpitala św. Łazarza w Krakowie i lekarz stacyi sanitarnej w Suezie w Egipcie.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 6. R. Jasiński: Thoracotomia duplex. L. Leszczyński: Kilka słów o solweolu w dentystyce. A. Troczewski: Przypadek ropnia podprzeponowego przy bąblowcu wątroby. K. Niedzielski: Przypadek powierzchownej zgorzeli pochodzenia uciskowego. H. Gotard: Przypadek śpiączki histerycznej. W *Medycynie* Nrze 6. Wacław Orłowski: O własnościach przeciwbłoniczych surowicy krwi dzieci. E. Rosenblatt: Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci? W *Przeglądzie chirurgicznym* Tomie II. Zeszycie II. A. Obaliński: W sprawie wyboru metody ope-

racyjnej przy włókniakach macicy. S. Grosglik: Aseptyka w kateteryzowaniu. A. Karczewski: Przyczynek do leczenia posocznicy, J. Jaworski: Przypadek częściowego przerostu sromu. W. Wroński: Przypadek rany drążącej brzucha. P. Klejn: Stentogips jako masa odciskowa w dentystyce.

— **Konkurs.** Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę pierwszego i drugiego elewa przy klinice chirurgicznej z płacą roczną 500 złr. dla pierwszego a 300 złr. w. a. dla drugiego. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 10. Marca 1895.

**Redakcya otrzymała:**

A. Baurowicz: Scleroma laryngis sub forma sclerosis cartilaginis interarytaenoideae (Odbitka z *Wiener med. Wochenschrift*).

Aleksander Rosner: W sprawie płodności kobiet mających włókniaki macicy. (Odbitka z *Przeglądu lekarskiego*).

Tenże. O powikłaniu ciąży guzami jajnika. (Odbitka z *Przeglądu lekarskiego*).

Tenże: *Icterus gravidarum.* Kraków 1895.

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we Środę dnia 20-go Lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) Kol. prof. Bujwid: *Badania nad błonicą, morfologia zarazka, wytwarzanie toksyn i ich własności, wytwarzanie surowicy przeciwbłoniczej* (z demonstracyami); kol. Raczyński: *Rozpoznawanie błonicy kliniczno-bakteryologiczne, różnica w jadowitości zarazka.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.